МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Маводҳои конференсияи XXIV-уми солонаи илмӣ-амалии
Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзӯи

«ХОНИШИ ИЛМИИ ҶАШНӢ»

ва Симпозиуми ҷарроҳони кудакона дар мавзӯи

«ТАМОЮЛИ МУОСИРИ ИЛМ, АМАЛИЯ ВА ТАЪЛИМ ДАР ҶАРРОҲИИ КӮДАКОНА»

(бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ)

Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции
Института последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан

«ЮБИЛЕЙНЫЕ НАУЧНЫЕ ЧТЕНИЯ»

и симпозиума по детской хирургии

«СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НАУКИ И ПРАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

(с международным участием)

Materials of yearly XXIVth Scientific and Practical Conference
of the State educational establishment «Institute of postgraduate education
in health sphere of the Republic of Tajikistan»

«ANNIVERSARY SCIENTIFIC READINGS»

and Symposium on Pediatric Surgery

"MODERN TRENDS OF SCIENCE AND PRACTICEIN PEDIATRIC SURGERY"

(with international participation)

10 ноября 2018 г.
г. Душанбе

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Мухиддинов Н.Д. председатель организационного комитета, ректор Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.

Давлатов С.Б. зам. председателя организационного комитета, проректор по науке и инновациям Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.

Асадов С.К. ответственный секретарь, к.м.н.

Ашуров Г.Г. заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н., профессор

Бобоходжаева М.О. зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Гуломова М.О. зав. кафедрой семейной медицины Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Гульмурадов Т.Г. зав. кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор

Джабарова Т.С. зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Джураев М.Н. зав. кафедрой аллергологии и иммунологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.

Ибодов Х. профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.

Касымов О.И. профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.

Мирзоев М.Ш. зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и детской стоматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Мурадов А.М. вице-президент АМН МЗиСЗН РТ, зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, академик АМТН РФ, д.м.н., профессор

Расулов С.Р. заведующий кафедрой онкологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.

Рахимов З.Я. почетный профессор кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Рофиев Р.Р. доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Сайдуллоев Л.С. заведующий кафедрой урологии и андрологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Сафаров З.Ш. проректор по лечебной и воспитательной работе Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Хамидов Дж.Б. доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Шамсиддинов Б.Н. заведующий кафедрой оториноларингологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.

Шукурова С.М. заведующая кафедрой кардиоревматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н., профессор

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдуллаева Н.Ш.
Влияние социально-биологических факторов риска на показатели качества жизни детей раннего возраста г. Душанбе 11

Абдуллаева М., Джамолов П.
Модель общественного мониторинга качества услуг уязвимым группам населения относительно ВИЧ в Таджикистане 12

Ахмеджанова Г.А., Мухамадиева С.М., Бобоходжаева М.О., Ганизода М.Х., Муродалиева Б.Ш.
Анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи 14

Байбабаев А.А., Нарзикулов Х.Н., Рахимов Э.Ж.
О тенденции табачной зависимости в Республике Таджикистан 15

Бобоходжаева М.О., Ганиева С., Набиева Ф., Орипова Ш.
Медико-социальные проблемы молодёжи в Республике Таджикистан 17

Бобоходжаева М.О., Касымова М.К.
Новые репродуктивные технологии: этико-правовые аспекты 18

Гуломова М.О., Ходжаев Ф.М., Нигманова Ш.Ш.
Организация первичной медицинской помощи в современных условиях 20

Джонибекова Р.Н., Ибрагимова А.А.
Эффективность организации стоматологической помощи детям с анемией на основе семейного принципа диспансеризации 22

Джонназаров Э.И., Дибирова С.М.
Новая таблица JEI/JEI для исследования остроты зрения у здоровых детей дошкольного возраста и глухонемых детей 24

Каримов С.М., Мухиддинов Ш.Д.
Результаты изучения распространенности зубочелюстных аномалий у взрослого населения Республики Таджикистан 26

Махкамов К.К., Абдуллаева О.Р.
Резервы снижения смертности новорожденных 27

Махмудова Р.У., Махмудова П.У., Закирова К.А.
Проблема раннего выявления туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией 30

Машарипов А.Б., Орипов А.Ф., Гафуров К.Б., Ниёзов М.И.
Развитие детской хирургической помоши в г. Истаравшан Согдийской области Республики Таджикистан 33

Нозиров Дж.Х., Негматова И.С.
Алкоголь и сердечно-сосудистый риск 35

Очилзода А.А., Гиесов Дж.Г.
Наследственные заболевания и тугоухость на почве родственного брака родителей как факторы инвалидности детского населения 36

Раззокова Н.Х., Давлятова Г.К., Камилова М.Я.
Аудит критических состояний тяжелых преэклампсий как инструмент оценки качества помощи матерям 38

Рахимов З.Я.
Ситуационный анализ динамики заболеваемости и смертности населения Республики Таджикистан в свете выполнения национальных и международных программ профилактики неинфекционных заболеваний 45 39

Рустамова М.С., Курбанов Ш.М., Мукарамшоева М.Ш., Сироджева Л.Д., Абубакирова З.А.
Резервы повышения эффективности экстракорпорального оплодотворения у женщин с патологией матки 40

Самадова Г.А., Дадабаева Б.С., Шарипова Ш.Т., Нуриддинова Д.
Усовершенствование работы семейной медсестры по антенатальному уходу за беременными женщинами 42

Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М.
Распространенность, социальная и медицинская значимость проявлений аутопатогении 44

Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М., Сафаров М.И. Рахматулоев А.
Иновационно-симуляционные технологии в повышении качества, уровня и безопасности медицинской помощи жителям Республики Таджикистан 46

Хайридинова Дж., Абдурахимова З.Т., Одилова Г.С.
Опыт внедрения клинико-визуального скрининга рака шейки матки в районе Бохтар Хатлонской области 48

Хамиджанов Э.Х., Курбанов М.Д., Сатторова Ш.Д., Дадобоева Р.И.
К обучению медицинских работников ПМСП диагностике, лечению и мерам профилактики висцерального лейшманиоза в Согдийской области 51

Ходжаев Ф.М., Гуломова М.О., Холов Ш.М., Соибова С.Д.
Разработка критериев оценки эффективности деятельности специалистов медицинской организации на уровне ПМСП 53

Шарипов А.А., Нарзулоева М.Ф.
Нақши таълимоти баъдидипломӣ дар ҷараёни татбиқи барномаҳои миллӣ ва соҳавӣ дар намунаи кафедраи беморихои сироятии ДТБКСТҶТ 55

Шарипов Ш.З., Рахимов З.Я.
Глобальные цели ООН к 2025 году и приоритеты профилактики неинфекционных заболеваний в Таджикистане 57

РАЗДЕЛ II
ТЕРАПИЯ

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Садуллаева Дж.М.
Антигипертензивная терапия в профилактике и лечении нарушений мозгового кровообращения 59

Ахунова Н.Т., Шукурова С.М., Шоймардонов О.Х., Хочиев А.И., Холиков Р.В.
Суставной синдром при раннем ревматоидном артрите 61

Гаибова З.В., Раджабзода М., Урунбоева Д.С., Файзуллоев Х.Т.
Результаты коронарного стентирования среди больных пожилого возраста 62

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Гафурова П.А.
Некоторые аспекты микроальбуминурии у больных сахарным диабетом 1 типа 63

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Курбанова Ф.Б.
Клиническое течение сахарного диабета, сочетанного с заболеваниями щитовидной железы 64

Қосимов О.И., Муниева С.Ҳ., Салимов Б.М., Каримов Х.А., Бобоеров Н.И.
Тавсифномаи клиникӣ-иммунологии бемории замбурӯғи микроспорин 66

Мудинов Д., Курбонов Н., Каримова Ш.Б., Комилова М.
Атопический дерматит в практике врача дерматовенеролога 68

Муниева С.Х., Касымов О.И., Салимов Б.М., Ахмедова М.А., Ахмедов Ф.А.
Лечение микоза стоп с онихомикозом у больных сахарным диабетом 70

Муниева С.Х., Таджибаев У.А., Раззоков Х.
Клинико-иммунологическая эффективность пигментина в лечении больных витилиго 72

Нижевич А.А., Сатаев В.У., Ахмадеева Э.Н., Валеева Д.С., Якупова Г.М., Ахметшин Р.З.
Факторы риска абдоминальных болей у детей с функциональной диспепсией 73

Nijevitch A.A., Sataev V.U., Yakupova G.M., Malievsky V.A., Malievsky O.A., Pavlova M.Yu.
Exocrine pancreatic insufficiency in children with type 1 diabetes mellitus 75

Ниёзов М.И., Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Гафуров К.Б., Мулложонов А.Г., Миргафуров Т.Р., Облокулов Х.Б.
Лечение пиелонефрита у детей 77

Очилдиева Н.Ш., Кутушева О.Ф., Маджидова З.Х.
Некоторые особенности развития и течения неонатальной пневмонии у новорожденных 78

Раупова Р.И., Нигорова Ё.Г., Расулов И.А.
К вопросу о вегетососудистой дистонии у детей 81

Саидмуродова Р.Х., Каюмова Р.М.
Психо-физическое развитие детей, родившихся с низкой массой тела 82

Ситораи Акбар, Раджабзода М.Э., Рахматов Б.М., Гоибов А.М.
Возможности коронароангиографии в диагностике гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий у больных с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца 84

Урунбоева Д.С., Гаибова З.В., Гуева З.А., Гоибов А.М.
Факторы риска инфаркта миокарда у лиц молодого возраста 85

Ходжибекова Н.А., Таджибаева З.А., Музаффаров Ш.С.
TORCH-инфекция у новорожденных: особенности течения 87

Холова З.У., Ахунова Н.Т., Абдуллоев Х. Дж., Сунъатуллоев Д.С., Холов С.С.
Современные аспекты, проблемы лечения НПВП-гастропатий ингибиторами протонной помпы 85

Шодиев Б., Сафаров З.Ш., Раджабова Г., Каюмова М.Г.
Ревматоидный артрит в ассоциации с сопутствующей патологией 91

Шукурова М.А., Салимов Б.М., Ходжаев А.А., Ганиев С.Ч.
Итраконазол дар табобати беморон бо онихомикозҳо 92

Шукурова С.М., Хасанов А.Х., Файзалиев Р., Каюмова М.Г.
Ассоциация гиперурикемии и нарушений липидного обмена у больных подагрой 93

Шукурова С.М., Алиев Х., Хасанов А.Х., Вохидов Ф.С.
Гемодинамические показатели миокарда при микрокристаллических артритах 95

РАЗДЕЛ III
ХИРУРГИЯ

Азизов А. Х., Вахобов А., Файзов С.С., Давлятов Д.А., Хамидов Д.Б.
Оптимизация инфузионной терапии у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и геморрагическим шоком 97

Алиева Д.А.
Патогенетический подход к терапии слабой дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки 98

Асадуллоев А.Л., Усмонов З.Х., Каримов И.В., Нуралиев А.У.
Наш опыт пластических операций ожоговых ран и ликвидации последствий ожогов у детей 99

Ахмедова Т.М., Алиева Р.Я., Талбова Н.С.
Влияние сахарного диабета матери на перинатальные исходы 100

Ashurov G.G., Ismoilov A.A.
X-ray estimation of the alveolar bone in patients with chronic diseases of organ and systems 102

Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Гурезов М.Р.
К вопросу об оценке эмоционального состояния стоматологических пациентов с использованием экспресс-метода диагностики 103

Болиева Г.У., Курбанова М.Х.
Консервативная миомэктомия – возможность реализации репродуктивной функции 105

Гафуров К.Б., Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Ниёзов М.И., Облокулов Х.О., Муллоджанов А.Г.
Эффективность применения и сравнительная характеристика видов дренирования при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости у детей 106

Гульмурадов Т.Г., Авгонов У., Одил Саидолим, Аликулов А.Г., Шоев Ф.С.
Оценка результатов прямой реваскуляризации миокарда на работающем сердце у пациентов ишемической болезнью сердца 108

Гульмурадова Н.Т., Чепурная Ю.Л., Мелконян Г.Г., Алексеев М.С.
Применение лазерных технологий в лечении гнойных заболеваний кисти 109

Гурезов М.Р., Ёраков Ф.М., Исмоилов А.А.
Состояние стоматологического статуса в зависимости от уровня личностной и реактивной тревожности пациентов 111

Джаббаров А.А., Дадабаев Д.У., Гулмурадов Т.Г., Рахмонов Д.А.
Выбор метода хирургического лечения хронического экссудативного перикардита 112

Ёраков Ф.М., Нуров Д.И., Мухиддинов А.Д.
Параллелизм в исходной величине эмалевой резистентности и приросте интенсивности кариеса зубов 114

Зокиров Р.Х.
Морфометрические изменения в стенках выносящих артериол почки в условиях высокогорья 115

Ибодов Х.И., Азизов Б.Дж., Рофиев Р., Мирзоев Д.С.
Наружные кишечные свищи у детей 116

Ибодов Х.И., Давлатов С.Б., Рофиев Р., Баходуров Дж., Юсупов Б.
Послеоперационная анальгезия у детей с эхинококкозом легких 118

Ибодов Х.И., Давлатов С.Б., Сайёдов К.М., Асадов С.К., Мираков Х.
Эндоскопия в коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей 120

Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш., Рофиев Р., Латипов Ш.Э., Баротов А.,А
Показатели системы гемостаза у детей при хирургической патологии толстой кишки 121

Ибодов Х.И., Рофиев Р., Асадов С.К., Сайёдов К.М., Мираков Х.
Способ хирургического лечения эписпадии у детей 123

Ибодов Х., Рофиев Р., Баходуров Дж.
Восстановительная терапия после операций на легких у детей 125

Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Азизов Б.Дж, Баходуров Дж.Т.
Врожденная лобарная эмфизема легких у детей 127

Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Азизов Б.Дж., Латипов Ш., Баротов А.А.
Эффективность применение гемодилюции в сочетании с озонотерапией у детей с болезнью гиршпрунга 128

Ибодов Х., Рофиев Р., Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Баротов А.А.
Интенсивная терапия детей с абдоминальным сепсисом 131

Ибрагимова А.А., Джонибекова Р.Н.
Эффективность герметизации фиссур временных и постоянных моляров в рамках диспансеризации детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией 132

Икромов М.К., Назирмадова М.Б.
Остеомы лобно-решётчатой локализации 134

Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Одинаев А.А., Мурадов А.М., Шумилина О.В.
Почечная гемодинамика у детей с острым повреждением почек 136

Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Одинаев А.А., Ибодов Х.
Нарушения функции почек при остром повреждении у детей 138

Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Одинаев А.А., Ибодов Х., Шумилина О.В.
Ультразвуковая диагностика острого повреждения почек у детей 140

Исмоилов А.А., Нуров Д.И., Аминджанова З.Р.
Оценка наивысшей интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией 142

Кандаков О.К., Ашуров Д.М., Назирбоев К.Р., Кадамов М.Д.
Пути улучшении хирургического лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза 143

Каримов С.М., Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г.
Состояние тканей пародонта у больных с патологией внутренних органов и систем 145

Касымова З.Н., Рахимбаева Н.У., Азизова С.И., Фозилова З.Б., Хайдарова Р.Ш.
Коррекция истмико-цервикальной недостаточности по Согдийскому областному родильному дому 146

Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Рабиев А.Х.
К вопросу недостаточности тазового дна у сельских женщин 149

Кахарова Р.А., Рабиев А.Х., Иброхимов Ю.Х.
Хирургическое лечение больных геморроем с выраженной анемией 150

Кодири Т.Р., Кодири Х.Т., Сайдуллоев Л.С.
Моксифлоксацин в лечении хронического простатита 151

Кодири Т.Р., Сайдуллоев Л.С., Мамадрасулов Ш.
Некоторые особенности ликвидации экскреторной анурии 152

Кодири Т.Р., Сайдуллоев Л., Холов С.И., Камолов А И.
Мини-доступное оперативное лечение мочекаменной болезни 154

Косимов З.К., Азизов Х.А., Джураев А.Дж, Хакимов С.А.
Послеоперационная эпидуральная аналгезия при остром панкреатите 155

Курбанов У.А., Махмудов И.Х., Джанобилова С.М., Холов Ш.И., Дадажонов Ж.Ю.
Септопластика при искривлениях перегородки носа (по материалам Дангаринской республиканской клинической больницы) 156

Курбанов У.А., Саидов И.С., Давлатов А.А., Джанобилова С.М.
Применение способа «BUTTERFLY» при устранении послеожоговых стягивающих рубцов шеи 158

Мавлянова З.Р., Холматов И.Б.
Хирургическая реабилитация больных внезапной тугоухостью травматической этиологии с применением аутотрансплантатов 159

Махмудов Д.Т., Ашуров Г.Г.
Оптимизация санации полости рта в зависимости от уровня привычной двигательной активности стоматологических пациентов 161

Махмудов Д.Т., Гурезов М.Р.
Результаты изучения показателей стоматологического статуса у лиц различных функциональных типов конституции 162

Мирзоев М.Ш., Шакиров М.Н., Хушвахтов Д.И., Сафаров С.А., Гафаров Х.О.
Хирургическое лечение вторично-деформирующих остеоартрозов с использованием материалов на основе никелида титана 163

Мирзоев С.М., Муминова М.Дж., Еникеев А.А., Мирзоназаров Ш.Х.
Современная диагностика начальных стадий кератоконуса 165

Мирзоев С.М., Муминова М.Дж., Еникеев А.А., Мирзоев Ф.С.
Первый опыт плазмолифтинга при лечении заболеваний роговицы 166

Мирзоев С.М., Муминова М.Дж., Еникеев А.А., Муминов М.Дж.
Косметическая кератопластика 167

Миронов П.И., Юнусов Д.И. Сатаев В.У.
Прогнозирование исходов тяжелой сочетанной травмы у детей 169

Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г.
К вопросу о состоянии мягких тканей периимплантатной зоны у соматических больных 170

Муминов Н.О., Сайдуллоев Л., Гулов Х.М., Раджабов В.Ш., Сайдахмедова Ш.А.
Наш опыт применения внутренней оптической уретротомии при стриктурах уретры у мужчин 171

Муродов А.И., Коваленко З.А., Сайдалиев Д.М., Алимардонов Р., Ефтаков Ш.
Раннее энтеральное питание в резекционной хирургии поджелудочной железы 172

Мухамадова М.А., Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С.
Ургентная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST 174

Мухамедов Ш.Ш., Каримов С.М., Мухиддинов Ш.Д.
Результаты лечения протетического гингивита в системе металлокерамической конструкции с использованием ферментосодержащих зубных паст 176

Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Курбонов Н.Г., Мукимов Ш.Г., Болтуев К.Х.
Диагностика и хирургическое лечение холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой 177

Назаров З.А., Расулзода С., Назаров Д.З.
Восстановлене фронтальных зубов современными композитными материалами 178

Назаров Х.Н.
Перспективность блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза при сочетанных и изолированных переломах длинных костей нижних конечностей 180

Назаров Х.Н., Линник С.А.
Имунологический анализ эффективности лечения хронического остеомиелита костей нижних конечностей 181

Назирбоев К.Р., Курбонов К.М., Ёров С.К.
Реконструктивно-восстановительные операции у больных с распространенным перитонитом 184

Насимов Б.Т.
Эндоскопические операции на щитовидной железе трансоральным доступом через преддверие рта (TOETVA) 186

Насимов Б.Т., Ипполитов Л.И.
Мониторирование возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе 188

Олимов А.М., Мирзоев М.Ш., Рашидов Х.Т., Сафаров С.А.
Остеосинтез нижней челюсти при высоких переломах суставного отростка 189

Орипов А.Ф., Гафуров К.Б., Ниёзов М.И., Машарипов А.Б., Мулложонов А.Г., Миргафуров Т.Р., Облокулов Х.Б.
Лечение осложненных форм острого аппендицита и профилактика послеоперационных осложнений у детей 190

Очилзода А.А., Ахмедова М.А., Аминов И.Р., Собиров Х.Р., Урунова Р. И.
Результаты исследования слуха у новорожденных детей с перинатальной патологией центральной нервной системы 192

Пулатова А.П., Мухамадиева С.М., Маликоева С.А.
Современные принципы коррекции железодефицитной анемии у беременных и кормящих женщин 193

Пулатова А.П., Рустамова М.С., Олимова Ф.А., Менгниязова З.Г., Муминова Ш.Т.
Значение прегравидарной подготовки у женщин с дефицитом микронутриентов и репродуктивными потерями в анамнезе 195

Раджабова Г.К., Султанова Дж.М.
Улучшение результатов гистероскопического хирургического лечения субмукозной миомы матки 197

Расулов С.Р., Рахматов М., Нозимов Р.
Возможности хирургического лечения сарком плевры у детей 199

Рахимов Д.А., Сафаров М.М., Бобоев Ш.С., Гафаров А.Дж., Кенджаева М.А., Джураев И.И., Кузиев Х.
Мочекаменная болезнь у беременных: диагностика, тактика ведения и лечения с применением фитопрепаратов 201

Рахимов Д.А., Джураев М.А., Турдалиев С.Х., Самадов Б.М., Насруллоев Х.К., Тусматов Ш.М., Маматов Т.Ю.
Оценка эффективности эндоскопического лечения камней мочеточников 202

Рахимов Д.А., Турдалиев С.Х., Турдалиева Дж.Э., Убайдуллоев А.Х., Хаитов Р.М., Комилов А.М.
Диагностика и лечение острого гестационного пиелонефрита 203

Рофиев Р.Р., Ибодов Х.И., Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Хамидов И.
Комплекное лечение детей с инородными телами дыхательных путей 205

Рустамова М.С., Мухиддинов Н.Д., Рахимова Б.С., Расулова Л.А., Ерова Г.Р.
Факторы риска пролапса тазовых органов у женщин 207

Сабурова Х.Ш.
Ведение массивной кровопотери в акушерстве у сельских женщин 209

Садиков Ф.О., Ёраков Ф.М.
К вопросу о применении пломбировочных материалов при лечении кариеса зубов 210

Сайдуллоев Л.
Эффективность препарата «Ловелас форте» в лечении эректильной дисфункции 211

Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Тиллабоев С.В., Худойкулов З.М.
Частота врожденной кишечной непроходимости и ее значение среди распространенных пороков развития кишечника у детей 212

Сафаров С.А., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Рахмонов И.Р., Олимов А.М.
Электромиографическое обследование жевательных мышц у больных с переломами нижней челюсти 214

Сироджов К.Х., Бегов А.Х., Сироджзода М., Сафаров А.Х., Норматов Дж.
Артропластика тазобедренного сустава у больных с переломами шейки бедра 215

Сироджов К.Х., Холов Д.И., Исупов Ш.А., Сафаров А.Х., Баротов Х.Н., Сироджзода М.
Преимущества малоинвазивного остеосинтеза крупных сегментов у больных с политравмой 217

Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Джабборов Х.А., Холов С.К.
Структура факторов риска развития хронических заболеваний вен нижних конечностей 218

Тагаева Ш.О., Тахтаходжаева С.Т.
Диагностические и лечебные возможности конусно-лучевой компьютерной томографии при сочетанном поражении эндодонто-пародонтальных тканей 219

Тазин Д.И., Афанасьева М.А., Тоцкая Е.А., Никитина Ю.А.
Цитологический состав содержимого раны у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне применения дренирующего сорбента «Витаваллис» 220

Тахтаходжаева С.Т., Тагаева Ш.О.
Клинический случай лечения сочетанного эндодонто-пародонтального поражения 222

Ташпулатов Б.К., Ахмеджанов С.А., Аминов Н.Ф., Масаидов Д.М.
Хирургическая коррекция гипоспадии у детей 223

Ташпулатов Б.К., Алимов Р.И., Хамидов Н.Н., Нуров Ф.Н.
Диагностика и лечение крипторхизма у детей 225

Турсунбоев А., Махсудов Д., Кодиров Л.
Результаты лечения детей с острой бактериальной деструкцией легких 226

Хакназаров Х.Ш., Джумаев Ф.М., Идиев Б.Н., Хайдаров К.Н.
Опыт применения плазмафереза в комплексной терапии антифосфолипидного синдрома при привычном невынашивании беременности 227

Хакназаров Х.Ш., Назаров Б.Ч., Амонов Б.П.
Изменения системы гемостаза у больных с острым коронарным синдромом 228

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Яхшимуратов С.Ш.
Комплексное лечение энуреза у детей 231

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Яхшимуратов С.Ш.
Клиника и диагностика латентной формы калькулёзного пиелонефрита у детей 232

Ходжамуродова Д.А., Косимова Ф.О., Аминова Ф.Б., Ибрагимова Ф.И., Истамова Г.Д.
Дифференцированный подход к диагностике и лечению бесплодного брака в зависимости от патогенетического фактора бесплодия 234

Ходиев Ш.И., Нуралиев А.Ч., Бояков Е.Д., Тоиров М.Г., Толибов З.Ш., Курбонов Ш.С.
Видеолапароскопическое лечение острого деструктивного панкреатита 236

Холматов И.Б., Бободжанов Р.У., Камолова М.Я.
Наш опыт мирингопластики при травматических разрывах барабанной перепонки у детей 237

Холматов И.Б., Мавлянова З.Р., Рахимова А.М.
Наш опыт резекции хорды тимпани и промонториального сплетения при болезни Меньера 238

Холов С.К., Рафиев Ф.Р., Гулмуродов У.Т., Камолов А.Н.
Эффективность комплексного консервативного лечения острых тромбозов глубоких вен конечностей 239

Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р.
Хирургическое лечение эпулиса в поликлинических условиях 241

Шакиров М.Н., Мирзоев М.Ш., Рашидов Х.Т., Хушвахтов Д.И.
Способы хирургического лечения повреждений мыщелкового отростка с вывихом и фрагментарными переломами суставной головки нижней челюсти материалами из никелида титана 242

Шамсидинов А.Т., Файзов К.С., Боев З.Д., Боев М.Д., Шамсидинов О.Т.
Комплексное лечение больных с заболеваниями пародонта и эффективность их ортопедического лечения 244

Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А., Мухторова П.Р.
Морфологические изменения эпителия при папилломатозах гортани у детей 245

Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Олимов Т.Х.
К вопросу о современных взглядах на трахеотомию 248

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Хасанов А.Б., Шамсиева Д.А.
Новый подход к ранней диагностике послеоперационных гнойных осложнений при распространенном аппендикулярном перитоните у детей 249

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В., Бердиев У.Т.
Аномалии ротации и фиксации кишечника у детей 250

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хакимов Т.П., Солиева А.Т.
Синдром отечной мошонки у детей и подростков 252

Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б.
Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей до одного года 253

Якубов С.Я., Ахмедджанов С.А., Дехконов М.К., Сангинов М.Т. , Хомидов Н.Н.
Диагностика и лечение инородных тел дыхательных путей у детей 255

Якубов С.Я., Ахмеджанов С.А., Дехканов М.К., Сангинов М.Т., Нуров Ф.Н.
Улучшение диагностики и хирургической тактики при дивертикуле Меккеля у детей 256

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдуллаева Н.Ш.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Г. ДУШАНБЕ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Изучение качества жизни (КЖ) в педиатрии позволяет оценить его показатели для разных возрастных и социальных групп детей, при острой и хронической патологии с определением влияния болезни на пациента [2, 4]. Известно, что состояние здоровье ребенка и качество его жизни во многом определяются здоровьем матери, течением беременности и родов, также очень важную роль в формировании здоровья детей играют течение перинатального периода, характер вскармливания, рост и развитие на первом году жизни [1, 3]. Не вызывает сомнения актуальность этих исследований, так как внедрение показателей качества может стать дополнительным критерием оценки состояния здоровья ребенка, различных аспектов его развития и оценки эффективности терапии [1, 2].

Цель исследования. Изучить влияние социально-биологических факторов риска на качество жизни часто болеющих детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 197 детей в возрасте от 2 до 4 лет. Из них 148 (75%) детей из группы часто болеющих (1 группа - ЧБД) и 49 (25%) – эпизодически болеющие (2 группа – ЭБД). Мальчиков было 114 (57,9%), девочек – 83 (42,1%). Критериями включения в группу ЧБД являлась классификация, предложенная академиком А.А. Барановым и профессором В.Ю. Альбицким в 1986 г.

Для изучения влияния факторов риска на состояние здоровья и КЖ детей нами была разработана анкета, заполняемая родителями. Данные о состоянии здоровья детей были получены путем выкопировки из медицинской документации поликлиник и стационаров. В качестве инструмента оценки КЖ использован опросник PedsQL™4.0 (Varni J. et al., USA, 2001) для детей от 2 до 4-х лет.

Статистическую обработку результатов исследований проводили общепринятыми методами с последующим сравнением аналогичных характеристик различных групп обследуемых между собой и с контрольной группой с расчетом критерия Стьюдента при постоянном заданном уровне надежности ($p<0,001$).

Результаты и их обсуждение. Результаты анализа социальных факторов и образа жизни семьи показали, что каждый третий часто болеющий ребёнок – 34,6% - живёт в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, 36,6% из них плохо питаются, тогда как больше половины ЭБД родились в достаточно обеспеченных материально-бытовых условиях (54%, $p\leq0,01$). Матери, дети которых часто болели острыми респираторными заболеваниями, значительно чаще, по сравнению с контрольной группой, сами страдали хронической патологией (4,6% и 18,3% соответственно, $p\leq0,001$) и относились к категории часто болеющих людей (33,4% и 8,8% соответственно, $p\leq0,001$). Обострение хронических заболеваний во время беременности у матерей, родивших ЧБД, отмечалось в 19,4% (34) случаев.

В ходе исследований было установлено, что период новорождённости у ЧБД был осложнён такими состояниями, как задержка внутриутробного развития (22,8%), бактериальные инфекции, необходимость проведения второго этапа лечения новорождённого в стационаре (13,8%).

На исключительно грудном вскармливании находилось 38,4% ЧБД, против 57,9% ЭБД ($p\leq0,01$). Среди детей, переведенных на раннее искусственное вскармливание (до 6 месяцев), частота встречаемости часто болеющих была статистически значима, по сравнению с эпизодически болеющими (28,8 и 8,5% соответственно, $p\leq0,001$). На первом году жизни у ЧБД статистически чаще регистрировалась перинатальные поражения центральной нервной системы – 36,6%, а также такая фоновая патология: рахит – 38,4%, анемия – 29,3%, недостаточность питания – 46%.

В результате проведенного анкетирования было выявлено, что каждый четвёртый (27,4%) из

опрошенных родителей часто болеющих детей не всегда обращался за врачебной помощью, занимались «самолечением». При этом часто препаратами первой помощи они выбирали антибиотики, неконтролируемо проводили противовирусную и иммунотерапию.

Изучение КЖ у обследованных детей выявило статистически значимые различия практически по всем его аспектам. Общий балл КЖ ЧБД достаточно низок (63,6), по сравнению с ЭБД (80,5, p<0,001). При этом все респонденты одинаково низко оценили КЖ ЧБД по всем шкалам: «физическое функционирование» 65 баллов против 79,5 у ЭБД (p<0,01), «эмоциональное функционирование» - 60 баллов против 78,4 (p<0,001), «социальное функционирование» – 71,4 баллов против 83 (p<0,01), «ролевое функционирование» – 58 баллов против 75,8 соответственно (p<0,01).

По нашему мнению, возможное ухудшение в состоянии здоровья данной категории детей может быть связано с наличием негативных факторов риска – проживание в неудовлетворительных материально бытовых условиях, где очень большая скученность детей и высок риск развития реинфекций. Состояние здоровья матерей, родивших часто болеющих детей, вызывало опасения, ведь каждая третья женщина относилась к категории часто болеющих. Ранний перевод на искусственное вскармливание, низкокалорийное и однообразное питание в последующем, а также наличие фоновой патологии повлияли на реактивность детского организма. Очевидно, на восприимчивость к респираторным заболеваниям и адекватность функции иммунной системы ребенка повлиял безответственный подход родителей к лечению, а, вернее всего, «самолечение» с неконтролируемым использованием антибиотиков и противовирусных препаратов, иммуномодуляторов.

Заключение. Таким образом, влияние вышеизложенных факторов риска и отклонения в состоянии здоровья детей после перенесенных частых респираторных заболеваний, по нашему мнению, способствовали снижению КЖ у данной категории детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байтурина А.Т. Состояние здоровья и качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан: дис. …канд. мед. наук. М., 2008. 169 с.

2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии. М.: Союз педиатров России, 2010. 267 с.

3. Гафуржанова Х.А., Бабаева Л.А. Влияние характера вскармливания на качество жизни детей грудного возраста // Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2015. № 3 (191). С. 69-74.

4. Olson L.M., Lara M., Measuring health status and quality of life for US children: relationship to race, ethnicity, and income status // Ambul. Pediatr. 2004. № 4. P. 377-386.

[1]Абдуллаева М., [2]Джамолов П.

МОДЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА УСЛУГ УЯЗВИМЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ВИЧ В ТАДЖИКИСТАНЕ

[1]Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета
[2]Общественная организация «СПИН Плюс»

Актуальность. Отмечается высокая востребованность в усилении систем мониторинга и оценки совокупного противодействия ВИЧ со стороны всех заинтересованных сторон. Особое внимание уделяется оценке качества услуг ключевым группам населения с ВИЧ-инфекцией с большим акцентом на общественное мнение. Сообщество, обладая ценной информацией, приобретает возможность для конструктивного диалога на всех уровнях принятия решений по противодействию ВИЧ.

Необходимость проведения оценки качества услуг силами сообщества в программах снижения вреда обусловлена тремя аспектами:

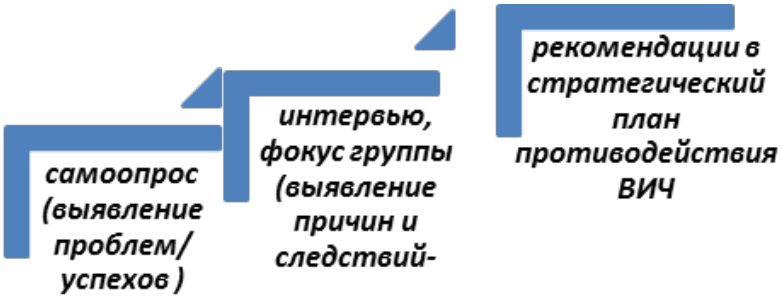
– значимая вовлеченность представителей целевых групп на различных этапах мониторинга оказываемых услуг;

– учет степени подготовленности инициативных представителей сообщества в вопросах проведения мониторинга;

– использование рекомендаций Европейской Сети Снижения Вреда (ЕССВ) по проведению мониторинга качества услуг силами сообщества.

Материал и методы исследования. Использовано анкетирование с обеспечением соблюдения конфиденциальности. Анкета разработана с привлечением представителей инициативных групп. Репрезентативность обеспечена необходимым числом выборки – 436.

Результаты их обсуждение. Особенностью организации мониторинга качества услуг силами сообщества является использование предлагаемой трехступенчатой модели (диаграмма).



Первая ступень: самоопрос клиентов ВИЧ-сервисных программ с использованием вопросника (при разработке вопросника учтены рекомендации специалистов Европейской Сети Снижения Вреда). Это обусловлено пониманием того, что:

– на первом этапе важно использовать более структурированный метод сбора первичной информации, так как для проведения оценки качества услуг более сложными методами потенциал представителей бенефициаров недостаточен;

– для лиц, принимающих управленческое решение, в силу сложившихся стереотипов достаточно убедительны результаты опроса, то есть количественные данные;

– для формулирования национальных индикаторов качества ВИЧ-услуг с точки зрения клиентов более приемлемыми являются результаты анализа вопросника

Вторая ступень: полученные результаты опроса (1 ступень) обуславливают необходимость выявления причин и последствий полученных данных. С этой целью проводятся более углубленные и сложные методы качественного сбора информации интервью, такие как кейс-стади, дискуссии в фокусных группах силами сообщества, с привлечением внешних консультантов

Третья ступень: аналитическая, которая позволяет сделать обобщение полученных результатов обеих ступеней и сформулировать рекомендации.

Соблюдение данного механизма проведения мониторинга силами сообщества качественных аспектов оказания услуг ключевым лицам населения обеспечит наиболее полный и всесторонний сбор востребованной информации. Полученная информация поможет понять не только ситуацию относительно качества услуг на момент исследования, но и выявить причину того или иного уровня качества.

Более того, вышеуказанный комплексный подход к проведению общественного мониторинга обеспечит его большую достоверность и создаст условия для проведения сравнительного анализа с данными, собранными специалистами-экспертами по мониторингу и оценке, это позволит руководителям обеспечить доказательную базу принимаемых ими управленческих решений, которые являются адекватными ожиданиям заинтересованного населения.

Заключение. Анализ полученных данных показал наиболее проблемные и наиболее удачные аспекты качества услуг, которые стали основой для разработки целенаправленных вопросов для планируемых фокус-групп и интервью на 2-ой ступени (см. диаграмму). Далее, их результаты стали основой для разработки высокоадресных рекомендаций по противодействию ВИЧ (3-я ступень). Наиболее ценным можно считать: (I) обеспечение взаимосвязи различных ступеней мониторинга качества услуг силами сообщества; (II) доказательство реалистичности организации мониторинга силами сообщества; (III) развитие диалоговой платформы между сообществом и лицами, принимающими решение; (IV) развитие потенциала сообщества в организации мониторинга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка программ: методология и практика / под ред. А.И. Кузьмина, Р. О'Салливана, А. Кошелевой. М.: Прессо-РК, 2009. 396 с.

2. Большой экономический словарь / под ред. А.Н. Азрилияна. – 7-е изд., доп. М.: Институт новой экономики, 2007. 1472 с.

3. Медник В.А., Лисицин В.А., Токмачев М.С. Общественное здоровье и здравоохранение. Руководство к практическим занятиям. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. 380 с.

Ахмеджанова Г.А., Мухамадиева С.М., Бобоходжаева М.О., Ганизода М.Х., Муродалиева Б.Ш.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ ПОМОЩИ

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ
ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Несмотря на широкомасштабные мероприятия, проведенные по улучшению репродуктивного здоровья населения, некоторые проблемы, связанные со снижением репродуктивных потерь, все ещё не решены. В этом определяющая роль принадлежит обеспечению контрацептивной безопасности в стране. Высокая частота искусственных абортов, прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям, произведенных в первом триместре беременности (86%), свидетельствует об ограничении доступа к безопасным контрацептивным средствам. Высоким остается удельный вес самопроизвольных абортов (39,3%), что подтверждает низкий индекс здоровья женщин и обосновывает выбор данного исследования [2].

В ряде стран благодаря внедрению современных методов контрацепции уже к настоящему времени решены демографические, социальные и медицинские проблемы, связанные со снижением материнской смертности и числа абортов, оказывающих пагубное влияние на женский организм [1]. Использование высокоэффективных противозачаточных средств привело во многих странах к замене аборта контрацептивами [2,3]. Вышеуказанное подтверждает низкий индекс здоровья женщин и обосновывает выбор настоящего исследования.

Цель работы. Путем комплексного подхода изучить оценку знаний, отношения и практики специалистов, оказывающих контрацептивные услуги в стране.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проведено в 2017 году. Пилотными районами явились ЦРЗ и СЦЗ 12-ти районов Хатлонской области (Хуросон, Джами, Яван, Шахритус, Кабадиян, Н.Хисров, Балхи, Бохтар, Левоканд, Вахш, Дусти, Чайхун). По специально разработанной анкете, состоящей из четырех частей, изучены:

1. стаж работы специалистов;
2. категорийность;
3. обучение методам контрацепции;
4. барьеры, возникающие при предоставлении контрацептивных услуг.

Опрошены 340 специалистов ЦРЗ и СЦЗ, среди которых семейные врачи составляют 40%, акушерки – 23%, медицинские сестры – 22% акушеры-гинекологи – 15%.

Результаты и их обсуждение. Наблюдается значительная разница в использовании контрацепции по регионам: в Хатлонской области и РРП используют какой-либо метод контрацепции от 22% до 24% женщин, в то же время в ГБАО и Согдийской области отмечаются самые высокие показатели использования любого метода – 35%.

Изучение приемлемости и эффективности этих средств, а также методов предохранения от нежелательной беременности с учетом региональных особенностей позволит расширить доступ населения к контрацептивным услугам с целью улучшения их репродуктивного здоровья.

Одной из причин для проведения исследования по качественному использованию контрацептивных средств женщинами репродуктивного возраста явилась необходимость понимания не только знаний, но и отношений к практике специалистов, которые оказывают контрацептивные услуги по планированию семьи.

Результаты исследований показали, что среди респондентов стаж работы до 5 лет имели 31,4%, более 20 лет – 20,2%, 6-10 лет – 18,1%, 11-15 лет – 15,4%, 16-20 лет – 14,9%. То есть, более 30% специалистов имели стаж более 10 лет и каждый пятый – более 20 лет.

Первую категорию имели 30,1%, высшую – 24,5%, вторую – 13,3%, не имели – 32,1%.

Установлено, что обучение по вопросам планирования семьи прошли 60,6% опрошенных респондентов, остальные 39,4% не проходили тренинги по данной проблеме.

Основным барьером для оказания контрацептивной помощи является то, что традиционно вопросами контрацепции занимались акушеры-гинекологи в ЦРЗ. Внедрение института семейной медицины, перевод акушеров-гинекологов из участковых врачей в консультантов ограничивает общение их с каждой семьей. Отсутствие беспрерывного обучения для улучшения качества консультирования по предоставлению контрацептивных услуг для медицинского персонала ЦРЗ и СЦЗ имело место в нашем исследовании. Отток высококвалифицированного медицинского

персонала в стране также явился одним из основных барьеров в сельской местности.

Заключение. Таким образом, каждый пятый из опрошенных специалистов не информирован о современных методах контрацепции, каждый третий не прошел аттестацию и не имеет категорийность. Отмечается недостаточный навык специалистов в вопросах консультирования, особенно о конфиденциальности оказания контрацептивных услуг и принципах консультирования.

Рекомендуется расширение доступа к консультированию и контрацептивным услугам путем беспрерывного обучения специалистов ЦРЗ и СЦЗ, прохождение курсов повышения квалификации по оказанию консультирования и оказания контрацептивных услуг всех медицинских работников ЦРЗ и СЦЗ, а также проведение непрерывного внешнего и внутреннего мониторинга за процессом обучения медицинских работников ЦРЗ и СЦЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бредли, Сара Е.К. Пересмотр неудовлетворенной потребности в Планировании семьи. Аналитические исследования МДИ №25 США

2. Ежегодник Республики Таджикистан. Госкомстат Республики Таджикистан, 2012-2017 гг.

3. Закон Республики Таджикистан «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах», от 02.12.02г., №72.

4. Медико-Демографическое исследование в РТ. Душанбе, 2012

5. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г. от 31.08.04г., № 348.

Байбабаев А.А., Нарзикулов Х.Н., Рахимов Э.Ж.

О ТЕНДЕНЦИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, около одной трети взрослого мужского населения мира курят табак. Курение табака занимает первое место в мире среди предотвратимых причин смертности, однако, около 5 миллионов человек ежегодно умирают в результате проблем со здоровьем, вызванных курением [1]. В развитых странах (США) продолжительность жизни курильщиков в среднем на 13 лет короче, по сравнению с некурящими, 63% всех случаев смерти вызваны неинфекционными заболеваниями, для которых употребление табака является наибольшим фактором риска. В России курят 58% мужчин и 26% женщин, причем доля обладательниц прекрасного пола за последние годы увеличивается, особенно среди девушек до 25 лет. Общие экономические потери, связанные с табакопотреблением, составляют для всего мира, по крайней мере, 200 млрд. долларов США в год. Каждый год табакопотребление является причиной смерти 1,2 млн. человек (14% всех случаев смерти) в Европейском регионе ВОЗ. Согласно имеющимся прогнозам, в случае непринятия более жестких мер борьбы против табака, к 2020 году эта цифра может возрасти до 2 млн. человек (20% от всех случаев смерти). До сих пор распространённость табачной зависимости в Республике Таджикистан остается не изученной.

Цель исследования. Проанализировать результаты некоторых данных проведенного нами анонимного анкетирования на предмет табакопотребления.

Материал и методы исследования. Нами проведен социологический опрос путем анонимного анкетирования 300 мужчин, проживающих в г. Душанбе, на предмет табакопотребления (курение сигарет или насвая).

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что из числа 300 анонимно опрошенных мужчин 79 человек (26,3%) признались в табакокурении, из числа которых 21 курили сигареты, 32 употребляли «нас» (насвая), 26 сочетали курение сигарет и «наса» (насвая).

Оценка степени никотиновой зависимости проведена с использованием теста Фагерстрема (табл. 1).

Таблица 1

Оценка степени никотиновой зависимости

Степень табачной зависимости	***Количество табакопотребляюших лиц***			
	Курящие сигареты	***Курящие «нас»***	***Курящие сигареты + «нас»***	***Всего***
Очень слабая зависимость	1	2	1	4 (5,1%)
Слабая зависимость	3	5	6	14 (17,7%)
Средняя зависимость	7	10	9	26 (32,9%)
Высокая зависимость	6	9	6	21 (26,6%)
Очень высокая зависимость	4	6	4	14 (17,7%)
Всего	21 (26,6%)	32 (40,5%)	26 (32,9%)	79 (100,0%)

Как видно из данных таблицы 1, табачная зависимость у 4 (5,1%) интервьюированных оценена как очень слабая, у 14 (17,7%) – как слабая, у 26 (32,9%) – средняя, у 21 (26,6%) – высокая и у 14 (17,7%) – очень высокая.

Что касается диагностирования токсикомании в виде табачной зависимости, среди анкетированных лиц, признавшихся в потреблении табака, стадии табакокурения у опрошенных установлены на основании данных изучения продолжительности табачной зависимости, количества потребляемого (выкуриваемого) табака, частоты его приёма (курения), дискомфорта при воздержании от потребления (курения) и др. (табл. 2).

Таблица 2

Стадии табакопотребления (табакокурения)

Стадии табакопотребления (табакокурения)	***Количество табакопотребляюших лиц***			
	Курящие сигареты	***Курящие «нас»***	***Курящие сигареты + «нас»***	***Всего***
Начальная	7	10	9	26
Хроническая	10	15	10	35

Следует отметить, что среди лиц, имеющих табачную зависимость, превалируют лица, потребляющие «нас», что, по нашему мнению, обусловлено: во-первых, большей доступностью данного вида табачной продукции из-за дешевизны; во-вторых, зачастую отсутствием осуждения их со стороны окружающих; в-третьих, ложным представлением табакопотребителей об отсутствии религиозного запрета на табакокурение в виде насвая.

Следует отметить, что табачные изделия (как сигареты, так и «нас») обладают свойствами, предъявляемыми к наркотическим средствам: медицинскими (специфическое действие на ЦНС – седативное, стимулирующее, галлюциногенное и пр.), социальными (социальная значимость и опасность), что дало основание в некоторых государствах приравнять их к наркотиками применить третий – юридический – критерий (включение в перечень наркотических средств), поскольку табачная зависимость – не менее угрожающая для здоровья человека, чем наркотическая.

К сожалению, несмотря на очевидный вред, табакокурение до сих пор принято считать личным делом и нормальной формой поведения.

Заключение. Таким образом, приведенные данные дают основание утверждать о наличии тенденции роста табакопотребления в Республике Таджикистан, что свидетельствует о крайней недостаточности осуществляемых мер по борьбе с табакопотреблением. Данное обстоятельство диктует необходимость совместных усилий всех государственных структур, общественности и каждого члена нашего общества в борьбе с табакопотреблением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Публикация Регионального Бюро ВОЗ. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак. Копенгаген, 2007. 95 с.

[1]Бобоходжаева М.О., [2]Ганиева С., [2]Набиева Ф., [2]Орипова Ш.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОЛОДЁЖИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗ РТ

Актуальность. В соответствии с определением ООН, «подростки» - это люди от 10 до 19 лет, «молодые люди» - представители возрастной группы от 10 до 24 лет, «молодежь» - люди от 15 до 24 лет [3]. Действующий Закон Республики Таджикистан «О молодежи и государственной молодежной политике» определяет под понятием «молодежь» лиц от 14 до 30 лет. Решение медико-социальных проблем, с которыми сталкивается молодежь в нашей стране, является одной из приоритетных активностей Правительства Республики Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ числа молодежи в разных странах мира и в Таджикистане, сопоставить их с медико-социальными проблемами и мерами по их решению.

Материал и методы исследования. Материалом для данной работы явились литературные источники о численности молодежи в разных странах мира, а также нормативно-правовые акты, действующие в Республике Таджикистан.

Результаты и их обсуждения. Если проанализировать средний возраст населения разных стран мира (2015 год), то самые «молодые» государства с средним возрастом населения от 15 до 18 лет - это Бенин, Сомали, Эфиопия, Танзания, Чад, Буркина-Фасо, Южный Судан, Бурунди, Мозамбик, Замбия, Малави, Мали, Уганда, Нигер. В Казахстане средний возраст населения 30 лет, в Иране – 28,8, в Узбекистане – 27,6, Индии – 27,3, Туркменистане – 27,1, Кыргызстане – 26, Таджикистане – 23,9, Пакистане – 23, Ираке – 19,7 лет [5]. Как видно из приведенных данных, относительно «молодые» страны – это некоторые из стран Африки и Азии.

Развиваясь в неблагополучных семьях, дети сталкиваются с многими бытовыми, психологическими и медико-социальными проблемами. Подростки из таких семей обычно имеют здоровье ниже средних показателей. Обобщая вышесказанное, можно заключить, что наряду с разработкой программ по увеличению численности населения, необходимо одновременно разработать программы по укреплению здоровья детей и подростков [2, 4].

Абдурашитов Н.Ф. (2014) анализирует ситуацию в Таджикистане следующим образом: неблагополучие в семейных отношениях, неправильное воздействие и допущенные ошибки со стороны родителей (ослабление психологического контакта с детьми, дефицит родительской эмоциональной поддержки и др.) и учителей, нарушение семейной социализации и неэффективность социализирующих функций семьи в социализации ребенка, трудные жизненные ситуации, эксплуатация детей, невозможность достижения жизненного успеха, неудачи в школе (отсутствие дружелюбия в классе и окружении сверстников, конфликты с учителями), влияние других детей-правонарушителей, отсутствие жизненных социальных норм для подростков) создают условия для совершения противоправного действия [1].

В Республике Таджикистан Президент страны и Правительство уделяют значимое внимание решению медико-социальных и других проблем молодежи. Ряд Законов Республики Таджикистан свидетельствуют об этом: от 2 августа 2011 года №762 «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей»; от 8 июня 2007 года №272 «Об упорядочении традиций, торжеств и обрядов в Республике Таджикистан»; от 19 марта 2013 года №954 «О предупреждении насилия в семье»; Семейный кодекс Республики Таджикистан, Закон в редакции 26.12.2011 г. №791; Постановление Правительства Республики Таджикистан от 29 августа 2015 года №548 «О Плане действий Национальной стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистана 2015 – 2020 годы». В республике с 1 июля 2016 года вступили в силу поправки в Закон "О государственной регистрации актов гражданского состояния", запрещающие браки между близкими родственниками, и «Закон об обязательном медицинском обследовании брачующихся".

Государственная молодёжная политика основывается на том, что любые экономические и социальные, политические и личные права и свободы молодых граждан, установленные Конституцией и другими законодательными актами, действующими в Республике Таджикистан, должны быть признаны. Прежде всего, это учитывается в реализации на практике всех прав и интересов, которые в современном обществе определены законодательством по отношении к молодым гражданам.

Заключение. В сфере обеспечения прав молодежи и обеспечения их доступностью к медико-социальным услугам существует очень много вопросов, требующих решения во всех отраслях. С учетом всех трудностей молодёжи и различных обстоятельств необходимо создать и развить сеть медико-социальных и консультативных служб по обеспечению защиты прав и интересов молодых граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурашитов Н.Ф. Социально-психологические причины совершения подростками противоправного поведения (на примере Республики Таджикистан) // Педагогическое образование в России. 2014. Вып. 7. С. 26-31.

2. Дмитриева Е.В. Самооценка предпосылок к девиантному поведению подростков в Российской Федерации// Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011. № 1. С. 82–90.

3. Молодежь с инвалидностью // Конференция государств – участников ООН, 2014; режим доступа: http://www.un.org/disabilities /documents/COP/COP7/CRPD.CSP.2014.4.R.pdf.

4. Рахматулина М.Р., Васильева М.Ю. Особенности сексуального поведения подростков различных социальных групп // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011. № 4. С. 86–93.

5. Средний возраст населения в странах 2015; режим доступа: http://total-rating.ru/1662-sredniy-vozrast-naseleniya-v-stranah-2015.html.

[1]Бобоходжаева М.О., [2]Касымова М.К.

НОВЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

[1]Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики и ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Последние десятилетия XX века отмечены принципиально новым характером изменений в медицинской теории и практике, быстрым развитием фундаментальных медико-биологических наук и активным внедрением новых медицинских технологий в клиническую медицину.

Знаменуя прогресс биологии и медицины, последствия применения новых биотехнологий достаточно не определены. Многие из них вызывают опасения морального характера, так как позволяют вмешиваться в «святая святых» человеческой жизни и связаны с обесцениванием традиционных человеческих ценностей, затрагивают сложившиеся веками принципы медицинской этики. И, как следствие, эти технологии при их бездумном (механическом) применении могут изменить саму сущность врачебной профессии [1].

В настоящее время во всем мире широко разрабатываются и внедряются в практику новые репродуктивные технологии: искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), криоконсервация половых клеток и др., благодаря чему многие партнеры и одинокие женщины обрели счастье родительства. Вместе с тем, внедрение репродуктивных технологий породило ряд проблем: моральных, философских, теологических, правовых и социальных.

Цель исследования. Рассмотреть некоторые этико-правовые аспекты репродуктивной технологии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ моральных, теологических, законодательных актов, регулирующих применение вспомогательных репродуктивных технологий.

Результаты и их обсуждение. Представители различных религий проявляют вполне справедливый и самый живой интерес к проблемам биоэтики. Причем, формирование этих взглядов в различных религиозных системах, включая основные религии, началось с появления этих религий.

Традиционные конфессии запрещают или ограничивают использование вспомогательных репродуктивных технологий, считая их попыткой человека состязаться с Богом в способности «сотворить чудо новой жизни».

Католическая церковь известна категоричной позицией в этом вопросе (отвергаются практически все вспомогательные репродуктивные

технологии), в то время как другие мировые религии, в том числе Ислам, относятся к вопросу мягче – благословляют ЭКО при условии, что пациенты состоят в браке и для оплодотворения не используется донорский материал [4].

Существует около десяти основных методов, относящихся к вспомогательным репродуктивным технологиям.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – это наиболее распространенная методика, помогающая женщине забеременеть при бесплодии в паре. Назначается при низком качестве спермы или при физических барьерах, препятствующих встрече половых клеток в естественных условиях. В схему классического ЭКО входит стимуляция яичников пациентки с их последующей пункцией, подготовка яйцеклеток и сперматозоидов к оплодотворению, само оплодотворение в пробирке и последующий перенос зародыша в полость матки женщины. Эффективность однократной процедуры, по данным Российской ассоциации репродукции человека, составляет примерно 33%.

Перенос эмбрионов подразумевает как один из этапов процедуры ЭКО, назначается как самостоятельная процедура, когда после извлечения яйцеклеток и их оплодотворения полученные зиготы были криоконсервированы. Эта манипуляция может понадобиться в случае, если предыдущая попытка искусственного оплодотворения не удалась, а также для увеличения шансов на наступление беременности (женщина пропускает менструальный цикл, в котором проводилась стимуляция яичников, чтобы стабилизировать гормональный фон в организме).

Искусственная инсеминация назначается, когда у пациентки нет проблем с овуляцией, но сперматозоиды по каким-то причинам не могут добраться до яйцеклетки и оплодотворить ее, или в случаях, когда одинокая женщина решает стать матерью, воспользовавшись спермой донора. В ходе процедуры подготовленные сперматозоиды при помощи катетера помещаются в полость матки, что повышает шансы на благополучное зачатие. Эффективность процедуры составляет около 15%.

ИКСИ (от английского intracytoplasmic sperm injection — интраплазматическая инъекция сперматозоида) рекомендуется партнерам в ситуации, когда качество спермы низкое и необходимо «помочь» сперматозоиду оплодотворить яйцеклетку. Врач отбирает наиболее здоровую мужскую половую клетку и при помощи микроиглы вводит ее внутрь женской половой клетки. Такая процедура значительно повышает шансы на наступление беременности при «мужском факторе» бесплодия.

Донорство спермы и ооцитов набирает популярность, ведь зачастую в основе бесплодия лежит именно патология родительских половых клеток. Преодолеть проблему можно с помощью банка спермы или яйцеклеток: при желании пациенты могут подобрать материал анонимного донора, имеющего схожие с ними черты внешности. По статистике, результативность ЭКО с донорскими клетками всегда выше.

Помимо проблемы религиозного характера, эксперты всего мира регулярно поднимают вопрос об этике использования эмбрионов.

При ЭКО врачи оплодотворяют сразу несколько яйцеклеток, чтобы в дальнейшем перенести в организм пациентки 1-2 жизнеспособные зиготы. Но как быть с оставшимися эмбрионами?

Ученые признают, что использование их для получения стволовых клеток или научных экспериментов способствовало бы развитию медицины в целом и повышению качества последующих ЭКО в частности. Однако с этической точки зрения подобные действия сомнительны – ведь сложно определить границу между «бездушным» генетическим материалом и будущим ребенком.

В 2010 году Нобелевская премия по медицине была вручена «за развитие экстракорпорального оплодотворения». Это событие подчеркнуло, насколько значимой для человечества оказалась данная технология. Однако и до, и после первого успешного ЭКО тысячи ученых и врачей совершили множество открытий в сфере вспомогательных репродуктивных технологий, которые позволили значительно расширить возможности медиков в борьбе с бесплодием, такие направления, как криоконсервация половых клеток и эмбрионов, инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ).

С каждым годом появляются все новые услуги в этой сфере. К примеру, сейчас ученые работают над внедрением в практику методики дозревания фолликулов вне организма женщины (IVM). IVM позволит избежать гормональной нагрузки на организм пациентки.

Суррогатное материнство может помочь в ситуации, когда пациентка физически не способна к беременности и родам: если у нее удалена матка или присутствуют тяжелая хроническая болезнь. Женщина, согласившаяся стать суррогатной матерью, не имеет генетического родства с будущим ребенком, хотя по закону имеет право расторгнуть контракт и оставить малыша себе (на практике такие случаи встречаются крайне редко).

Преимплантационная диагностика наследственных болезней – сравнительно новая услуга, позволяющая еще до переноса эмбриона в полость матки исключить наличие у него генетической патологии. Такая процедура особенно актуальна для семей, в которых есть тяжелые наследственные заболевания, а также, если возраст пациентки превышает 40 лет. Генетический анализ осуществляется вскоре после оплодотворения «в пробирке».

Законодательные акты Республики Таджикистан [2, 3], регулирующие применение вспомогательных репродуктивных технологий, имеют не так много ограничений, как в других странах. К примеру, в Италии запрещено делать ЭКО вне брака, а также использовать донорскую сперму, замороженные эмбрионы и услуги суррогатных матерей. А в некоторых государствах пары обязаны предъявить врачам доказательства того, что они живут вместе не менее двух лет.

Заключение. Несмотря на описанные сложности, в ситуации, когда проблемы со здоровьем у взрослых людей стали почти повсеместным явлением, новые репродуктивные технологии – это необходимое вмешательство, которое дарит надежду на создание полноценной семьи и рождение здоровых наследников миллионам бездетных пар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Генетика человека, ее философские и социально-этические проблемы. Материалы дискуссии // Вопросы философии. 1970. № 7. С. 132—133

2. Закон РТ «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах» № 72 от 02.12.2002

3. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан» № 712 от 15 марта 2017 г. С. 79 -80.

4. Омран А. Планирование семьи в Исламе. Душанбе, 1999. С. 14 -22.

[1]Гуломова М.О., [1]Ходжаев Ф.М., [2]Нигманова Ш.Ш.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

[1]Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГЦЗ №2, г. Душанбе

Актуальность. Реформы, а также стратегия семейной медицины, проводимые в Республике Таджикистан, оказали существенное влияние на систему здравоохранения. Децентрализация, экономическая самостоятельность субъектов дифференцировали здравоохранение на государственное и частное.

Проводимая реформа управления и финансирования отечественного здравоохранения направлена, прежде всего, на повышение качества медицинской помощи гражданам Республики Таджикистан.

Мировой опыт развития систем здравоохранения показал, что экстенсивный способ наращивания ресурсов себя исчерпал, негативные тенденции в динамике здоровья населения стимулировали неизбежность реформирования, базирующегося на двух основополагающих платформах: первая – это концепция факторов риска; здоровье зависит не только от здравоохранения, но и от образа и условий жизни, а так же от состояния окружающей среды; вторая – это концепция повышения эффективности служб здравоохранения, переход от экстенсивного к интенсивному пути развития. Это означает необходимость соизмерять результаты с затратами, как при сравнительно небольших затратах можно получить наилучшие результаты в виде улучшения показателей здоровья населения.

Указанный процесс ввиду сложности задачи затянулся на многие годы, и реформы продолжаются до сих пор. Естественно, что каждая страна выбирает свой путь, но общим является акцентирование внимания на профилактике, развитии первичной медицинской помощи, включая семейного врача, и повышение качества медицинской помощи как в больничных, так и в амбулаторных условиях.

Основными недостатками этой системы являются: остаточный принцип финансирования; нерациональное использование основных ресурсов (кадры, финансы, оборудование); недостаток современных медицинских технологий; многообразие номенклатуры лечебных учреждений; снижение квалификации медицинского персонала; сохранение таких тенденций здравоохранения, как специализация (особенно амбулаторно-поликлинической службы); снижение у медицинских

работников мотивации к труду и систематическому повышению квалификации, связанное с уравниванием в оплате труда; падение трудовой и производственной дисциплины в коллективах медицинских работников.

В рамках международного сообщества осуществляется поиск эффективной модели интеграционных услуг в первичную медико-санитарную помощь. Опыт интеграционных услуг в первичную медико-санитарную помощь показал, что семейный врач действует как терапевт в 76% случаев, как педиатр – в 20,8%, как кардиолог – в 7,8% случаев, проводит мероприятия и манипуляции первой врачебной помощи, оказываемые хирургом, – в 8,4% случаев, берет на себя роль оториноларинголога – в 3,3% случаев, невропатолога – в 4,1%, акушера-гинеколога – в 4,1% случаев.

Здоровое начало жизни, здоровое потомство – задача XXI века, сформулированная ВОЗ. Соответственно, предполагается возрастание роли гуманитарного мышления в здравоохранении, что позволит непрерывно повышать доступность и культуру медицинской помощи для достойного обеспечения здоровья и жизни матери и новорожденного ребенка.

Новая роль акушера-гинеколога в медико-социальной организации первичного здравоохранения обусловлена в настоящее время совокупностью факторов политического, экономического, культурного характера, определяющих необходимость интегративного подхода к рассматриваемой проблеме.

Роль акушера-гинеколога в первичном здравоохранении в наиболее полной форме проявляется в работе по планированию семьи и в работе с беременными женщинами. Планирование семьи является одним из основных прав человека и элементом внедрения программы эффективной помощи. Важно, чтобы женщины и их партнеры своевременно получали информацию в отношении современных методов контрацепции и делали бы свой информированный выбор. Работа в данном направлении позволит снизить количество абортов, как средства регулирования рождаемости.

Рыночная экономика – мощное средство, позволяющее людям получать именно то, чего они хотят. И задача профессиональных медиков – обеспечить приемлемый уровень соответствия того, что пациенты хотят, и того, что им объективно необходимо.

Основная роль семейного врача связана с пропагандой здорового образа жизни путем формирования общественного мнения. Для решения данных задач в настоящее время новые структуры ПМСП (семейные врачебные амбулатории и отделения семейных врачей в ГЦЗ) используют современные технологии по информированию населения об укреплении и сохранении здоровья. Наиболее часто применяются такие формы, как информационно-образовательные кампании, акции, школы по обучению населения навыкам здорового образа жизни.

Постоянный прогресс медицины значительно увеличивает и расширяет ее возможности, предъявляя все новые требования к личности семейных врачей, его профессиональной деятельности. Главное из них – компетентность. «Клянусь обучаться всю жизнь» – так дополнена клятва Гиппократа на II Всемирном деонтологическом конгрессе. В современной медицине происходит трансформация, связанная с ее углубляющейся специализацией и технологизацией. Но техника не может элиминировать врача, поскольку медицина – не только наука, но и искусство. Изменения в медицинской практике связаны сегодня не только с научно-техническим прогрессом – новыми технологиями, материалами, инструментарием и т.п., но и с появлением новых типов социального взаимодействия, вызванных модифицированием общественных отношений.

Данное обстоятельство вызывает необходимость исследования проблемы профессиональной компетентности современного врача, обусловливающей повышение эффективности современной системы здравоохранения в условиях ее реформирования. Важными составляющими деятельности врача являются не только его знания и умения, особенности профессионального мышления, но и личностные качества, умение общаться с пациентом. Поэтому профессиональная компетентность врача включает не только высокий уровень специальной медицинской подготовки, общечеловеческой культуры, но и социально-психологические аспекты его личности, его ценностные ориентации, коммуникативную грамотность. При этом важно учитывать, что профессиональная компетентность – это не статичное достигнутое состояние, а постоянно развертываемый процесс становления.

Компетентность имеет сегодня свои особенности, заключающиеся в том, что расширяющиеся возможности медицины (соответственно, врача) одновременно порождают проблему ограничения этих возможностей. Известно, что границы свободы человека простираются до границ свободы другого, и деятельность врача не является исключением. Умение сделать правильный выбор при взаимодействии с пациентом – это проявление компетентности врача.

В 1994 г. ВОЗ сформулировала три основных компонента, лежащих в основе современной модели отношений врача и больного (право всех людей на здоровье, право пациента на информацию, обязанность врача объяснить пациенту

все, что его интересует), и официально одобрила принцип предоставления пациенту надежной и понятной для него информации, а врачу – обеспечение доступа к объективной и поддающейся проверке информации.

Подобная характеристика подтверждается данными о состоянии здоровья населения Таджикистана. Отмечается беспрецедентное снижение показателей средней продолжительности жизни у мужчин за последнее десятилетие до **61,6**, у женщин – до **67,8** лет. Острой проблемой является высокая смертность населения. Ежегодно мы теряем до **2** млн. человек, из них более **600** тыс. лиц трудоспособного возраста, которые умирают в основном в результате предотвратимых причин смерти. Смертность превышает рождаемость в **1,7** раза.

Продолжается рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения. Общее количество больных с артериальной гипертонией в возрасте 15 лет и старше достигает **41,6** млн. чел. Реальное число больных сахарным диабетом в Таджикистане составляет не менее **2** млн. чел. Отмечается значительный рост заболеваемости злокачественными заболеваниями, туберкулезом, инфекциями, передаваемыми половым путем. Рост или снижение заболеваемости населения – главная оценка деятельности государства в области решения проблем здравоохранения и охраны здоровья населения.

Заключение. Таким образом, основная задача, которая ставится перед здравоохранением любой страны, заключается в том, как сделать медицинскую помощь более доступной, более высокого качества при относительно небольших, но максимально эффективно используемых вложениях в здравоохранение.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения невозможно без тесной интеграции между всеми заинтересованными службами и ведомствами, в особенности в вопросах интегрированного взаимодействия общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи.

Достичь намеченных результатов можно лишь за счет последующего смещения акцентов на развитие общественного пациент-ориентированного здравоохранения с позиций совершенствования профилактики и управления заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это возможно лишь в условиях эффективного организационного, кадрового, финансового, менеджмента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин Е.С., Денисов И.Н., Иванов А.И. Департамент здравоохранения администрации г. Волгограда. Опыт организации работы врача общей практики (семейного врача) с частичным фондодержанием: http: // new.medvopros.com

2 Мальковская И.А. Трансформация государства и эволюция публичного администрирования в условиях глобализации (актуализация европейского опыта для России) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Политология. 2006. № 8. С. 27–43.

3. Тогунов И.А. Вопросы управления либеральными системами здвавоохранения: http: medvopros.com

4. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: руководство. М., 2003. 226 с.

Джонибекова Р.Н., Ибрагимова А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АНЕМИЕЙ НА ОСНОВЕ СЕМЕЙНОГО ПРИНЦИПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. Детей с соматической патологией по состоянию стоматологического аспекта их здоровья относят к группе высокого риска, что определяет необходимость совершенствования организации, улучшения доступности и качества оказываемой им соответствующей помощи [1-4].

Цель исследования. Определение эффективности стоматологической помощи на основе семейного принципа диспансеризации у детей с анемией.

Материал и методы исследования. Под наблюдением семейного стоматолога в течение

длительного времени находилось 127 пациентов с железодефицитной (66 ребенок) и наследственной (61 ребенка) анемией и их родители, которые также были под постоянным контролем семейного специалиста-педиатра, так как все дети имели сопутствующие заболевания. Дети состояли на учете в кабинете семейной диспансеризации и реабилитации.

Контингент детей для диспансерного наблюдения выделялся педиатром на основе проведенного углубленного клинического обследования и лабораторных исследований. Профилактические мероприятия стоматологического характера у детей с анемией проводились курсами трехкратно в году: в качестве профилактических средств использовали 10% раствор глюконата кальция в виде аппликаций на 10 минут и 1% раствора фтористого натрия также в виде аппликаций на 2 минуты. Процедуры назначали ежедневно или через день 3 раза. Внутрь одночелюстных или двучелюстных ложек помещали ватные тампоны, смоченные реминерализующими растворами, ложки фиксировались.

Препарирование кариозных полостей проводилось по традиционной методике в зависимости от локализации кариозной полости. В отпрепарированную полость вносили тампон, смоченный 1% раствором фтористого натрия, на 2 минуты. Затем полость высушивали теплым воздухом, накладывали изолирующую прокладку, восстанавливали анатомическую форму зуба при помощи пломбировочного материала.

Результаты и их обсуждение. При относительно похожем исходном состоянии полости рта детей с дефицитом железы и наследственно-гемолитической анемией спустя 3 года после осуществления семейной диспансеризации и реабилитации у детского стоматолога результаты оказались весьма разными. В основной группе детей уровень гигиены полости рта в возрасте 3 лет составил 2,51±0,02 исходного значения, после активной реализации лечебно-профилактического алгоритма семейного характера значение исследуемого показателя составило 1,37±0,06. В возрастных группах 6 и 12 лет эти показатели составили соответственно 2,28±0,04, 2,13±0,03 и 1,21±0,02, 0,96±0,03 при соответствующем усредненном значении 1,96±0,05 и 0,78±0,03 в возрасте 15 лет.

Вместе с тем, в контрольной группе (без семейного подхода), где с детьми проводилась комплексная лечебно-профилактическая работа стоматологического характера, показатели гигиены полости рта оказались иными. У 3-летних детей показатель гигиены полости рта снизился с 2,13±0,07 до 2,58±0,18, а в последующие возрастные группы с 2,54±0,14 до 2,71±0,11. В целом хорошее гигиеническое состояние полости рта отмечено у 23,8% детей с анемией группы семейной диспансеризации, удовлетворительное – у 76,2%, в то время как в контрольной группе хорошее гигиеническое состояние полости рта было у 19,2% детей, удовлетворительное – у 60,0%, неудовлетворительное – у 20,8%.

Параллельно с санитарно-просветительной работой нами проводилась лечебная работа у детей с сопутствующей патологией. Показательным оказался уровень заболеваемости кариесом зубов у детей профилактической группы. Так, в основной группе 3-летних детей (семейной диспансеризации) редукция кариеса зубов через 1 год составила 61,1%, через 2 года – 70,6%, через 3 года – 73,8%. У 6- и 12-летних детей значение редукции кариеса составило соответственно 74,3% и 66,6% при среднем значении редукции 56,6% у 15-летних подростков. В контрольной группе детей соответствующие показатели оказались на 38,4%, 33,2%, 23,1% и 18,7% ниже по сравнению с группой семейной диспансеризации.

Заключение. Таким образом, работа стоматолога, как семейного врача, с детьми отличается очень высокой эффективностью. В первую очередь это относится к профилактике, санитарно-просветительному обучению и воспитанию. Работа стоматолога, особенно детского, как семейного врача, по принципу семейной диспансеризации должна получить дальнейшее внедрение и стать одной из основных организационных форм деятельности стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атежанов Д.О., Божбанбаева Н.С., Супиев Т.К. Стоматологические лечебно-профилактические меры у детей дошкольного возраста, инфицированных персистирующей инфекцией // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. № 3(58). С. 78-83.

2. Давыдов Б.Н., Гаврилова О.А., Пиекалнитс И.Я. Клиническое обоснование необходимости междисциплинарного подхода к лечению стоматологических заболеваний у детей с хронической патологией верхних отделов пищеварительного тракта // Стоматология. 2015. № 1. С. 54-56.

3. Ерзина С.В., Железный П.А., Бородина Т.В., Климова И.В., Садыкова В.С., Апраксина Е.Ю., Щелкунов К.С., Пирожкова Н.И. Терапия гингивита у детей с детским церебральным параличом // Клиническая стоматология. 2010. № 1(53). С. 70-73.

4. Скакодуб А.А. Лечебно-диагностическая тактика при оказании стоматологической помощи детям с системными заболеваниями // Стоматология детского возраста и профилактика. 2009. № 1-2. С. 43-47.

[1]Джонназаров Э.И., [2]Дибирова С.М.

НОВАЯ ТАБЛИЦА JEI/JEI ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ГЛУХОНЕМЫХ ДЕТЕЙ

[1]Кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования ДГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. На сегодняшний день известны различные способы проверки остроты зрения, наиболее распространенным на территории нашей страны является способ проверки остроты зрения по таблице Орловой, заключающийся в следующем: ребенка усаживают в затемненной комнате на расстоянии 5 метров от проверочной таблицы, закрепленной в аппарате для ее освещения (аппарат Рота), и проверяют остроту зрения сначала правого глаза, закрывая заслонкой левый глаз, затем аналогично левого глаза, закрыв заслонкой правый глаз. Оптотипы сгруппированы в две колонки: в левой находится 5 рядов, в правой - 7.

Недостатком данного способа, по нашему мнению, является низкая точность проверки остроты зрения. Это связано со следующими причинами:

– степень узнаваемости оптотипов одного и того же ряда заметно варьирует и во многом зависит от уровня развития ребенка, например, некоторые оптотипы, такие как петух и лошадь, самолет и звезда, как показала практика, похожи и часто путаются детьми;

– зачастую оптотипы, традиционно используемые для проверки зрительных функций, бывают непонятны детям. Изображения оптотипов не всем детям одинаково знакомы (многие дети вообще не называют мотоцикл, слона и гриб); многим из них может быть сложно восприятие оптотипов в форме букв или абстрактных фигур в различных ориентациях.

– большой размер оптотипов и малое их количество в первых строках таблицы снижают достоверность ответов ребенка при остроте зрения 0,2-0,3;

– не соблюдается положенный в основу таблиц для взрослых принцип, согласно которому соотношение между деталью оптотипа и самим оптотипом равно 1:5;

– невозможность проводить обследование вне глазного кабинета: таблица имеет относительно большие размеры; необходим специальный осветительный аппарат; требуется минимальное расстояние 5 метров в комнате, где проводится обследование. Все это затрудняет применение таблицы «на выезде», в командировке, при скрининговом обследовании детей дошкольных учреждений;

Недостатком известного способа также является невозможность диагностики остроты зрения у глухонемых детей, он не учитывает национальный фактор (разные языки).

Исследования остроты зрения ребенка проводятся по таблице JEI/JEI, по которой мы просим называть изображения картинки. Современные таблицы для проверки остроты зрения у детей дошкольного возраста содержат изображение знакомых ему предметов. Поскольку дошкольники в совершенстве не владеют алфавитом, мы использовали только простые и понятные картинки. Дети могли достаточно просто и свободно отвечать по специальной таблице для проверки зрения.

Таблица состоит из 10 рядов картинок, размер которых уменьшается сверху вниз. Предложенным способом можно проверять остроту зрения даже глухонемым детям: просто следует дать им в руки карточки с изображениями из таблицы JEI/JEI. При показе того или иного знака ребенок поднимает карточку с изображением соответствующего изображения. Для детей с тугоухостью используются карточки с изображением знаков испытательной таблицы (при показе того или иного знака ребенок должен поднимать карточку с соответствующим изображением). В правой части таблицы указана острота зрения, которая обозначается буквой V (visus). Находясь на расстоянии 2,5 метров от таблицы JEI/JEI, ребенок должен хорошо различать 10 строку. Таблица JEI/JEI расположена на двух листах формата А4. Зрение считается нормальным, если ребенок способен распознать каждым глазом картинки десятой строки с расстояния 2,5 метров.

При исследовании диагностическим методом восприятия остроты зрения ребенка таблицей JEI/JEI фиксируется понимание инструкции, быстрота, точность выполнения, адекватность действия, заинтересованность, результат развития, обучаемость, реакция на успех.

Цель исследования. Разработать новый метод для повышения точности и достоверности результатов простым, доступным и быстрым способом проверки остроты зрения у здоровых детей дошкольного возраста и глухонемых детей..

Материал и методы исследования. Проводится всем детям от 3 лет, детям дошкольного возраста и глухонемым детям, обратившимся за офтальмологической помощью.

Предлагаемым способом был обследован 71 ребенок в возрасте от 3-х до 11-и лет. Исследование повторяли дважды, чтобы определить, насколько результат достоверен. Для сравнения этих же пациентов обследовали по таблице Орловой по стандартной методике дважды. Результаты заносили в сводную таблицу.

Поставленная техническая задача заключающаяся в следующем. Высота (ширина) каждого изображения в таблице JEI/JEI должна быть равной, на первой строке = 35 мм, на второй = 17,5 мм, на десятой = 3,5 мм. Нижний край таблицы должен находиться на расстоянии 60 см от уровня пола. Таблицу JEI/JEI располагают на уровне глаз ребенка в вертикальной плоскости, чтобы средний ряд знаков таблицы был примерно на уровне его глаз. Перед началом проверки остроты зрения ребенку показывают таблицу с расстояния 30-40 см, чтобы увидеть в ней оптотипы, различить их детали, узнать представленный рисунок (оптотип) и понять, что от него требуется. Если до обращения к врачу ребенок уже пользовался очками или контактными линзами, то перед исследованием должен их снять для назначения нового рецепта на очки (контактные линзы). Ребенок должен сидеть на расстоянии 2,5 м от таблицы JEI/JEI, прямо, спокойно, не прищуриваясь и не нагибаясь вперед к таблице, которая располагается на уровне его глаз в вертикальной плоскости так, чтобы средний ряд знаков таблицы был примерно на уровне глаз. Здоровый ребенок называет изображения, глухонемым детям следует дать в руки карточки с изображениями из таблицы JEI/JEI. При показе того или иного знака ребенок поднимает карточку с соответствующим изображением. Проверка у детей вызывает усталость раньше, чем у взрослых людей, поэтому её лучше проводить следующим образом. Исследуемый глаз предварительно закрывают, остроту зрения определяют вначале на лучше видящем глазе, если он заранее известен. Если нет, то сначала определяют остроту зрения правого, затем левого глаза. Ребенку нужно поочередно показывать картинки, начиная с верхнего ряда и постепенно спускаясь вниз, при этом не показывая их заранее. В каждой строке показывать только по одной-две картинке. Если на каком-либо столбце ребенок не смог назвал символ, следует дать ему вторую попытку. Если он не может назвать его при второй попытке, необходимо вернуться на строчку вверх. Результат оценивается по тому столбцу, на котором ребенок увидел все изображения (допускается лишь одна ошибка с последующим исправлением). При проведении проверки важно следить, чтобы ребенок не щурился и раздумывал над ответом не более 5 секунд.

Далее следует закрыть второй глаз и повторить ту же процедуру.

Если острота зрения ниже 0,01, то надо дать ребенку в руку лист бумаги с изображением и попросить называть знаки с расстояния 10 см от уровня глаз ребенка: «Дай такую же картинку», «Покажи, где цветочек», «Назови эту картинку»..

Результаты и их обсуждение. Мы сравнили результаты исследований при использовании таблицы Орловой и таблицы JEI/JEI.

Результат	***Таблица Орловой***		***Таблица JEI/JEI***	
	кол-во детей	***%***	***кол-во детей***	***%***
Малодостоверные данные (путают картинки или допускают ошибки)	60	85	11	15

Из таблицы видно, что точность проверки остроты зрения заявляемым способом на 85% выше, чем способом-прототипом по таблице Орловой.

Заключение. Исходя их полученных данных, предлагаемый способ проверки остроты зрения у детей дошкольного возраста точнее и достовернее, чем стандартное исследование по таблице Орловой и имеет целый ряд преимуществ. Разработанный новый метод является более простым, доступным и быстрым ориентировочным способом исследования остроты зрения у здоровых детей дошкольного возраста, а аткже у глухонемых детей. При исследовании новым методом остроты зрения у детей фиксируются понимание инструкции, быстрота, точность выполнения, адекватность действия, заинтересованность, результат развития, обучаемость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глазные болезни. Учебник / под ред. В.Г. Капаевой. М.: Медицина, 2002. 560 с.

2. Тлупова Т.Г., Чернышева СТ., Розенблюм Ю.З., Тутуков А.Х. Устройство для определения остроты зрения. Авторское свидетельство РФ №2269921. Приоритет от 17.05.2004. Опубликовано 20.02.2006. Бюллетень №5.

3. Филин В.А. Способ исследования остроты зрения. Авторское свидетельство СССР №1347934. Приоритет от 03.01.1985. Опубликовано 30.10.1987. Бюллетень №40.

[1]Каримов С.М., [2]Мухиддинов Ш.Д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Планирование оказания ортопедической помощи в стоматологии без эпидемиологических исследований не представляется возможным [2]. Именно изучение стоматологического статуса на фоне проведения эпидемиологических осмотров составляет исходную позицию для разработки и внедрения адекватных форм ортопедической стоматологической помощи среди определенного контингента населения [1, 3].

Цель исследования. Клинико-эпидемиологическое изучение особенностей распространения аномалий и деформаций зубочелюстной системы у взрослого населения.

Материал и методы исследования. В качестве основного объекта наблюдения нами выбраны все возрастно-половые группы взрослого населения г. Душанбе (787 чел.) в возрасте от 20-29 лет до 60 лет и старше. Распространенность и структурная характеристика аномалий и деформаций зубочелюстной системы у взрослого населения республики были определены согласно разработанной и апробированной в ЦНИИС МЗ России методике А.В. Алимского. Весь материал был зашифрован и разработан по единой программе, предусматривающей получение комплекса сведений об уровне и структуре зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослого населения республики.

Результаты и их обсуждение. Как свидетельствуют полученные результаты, в возрасте 20-29 лет распространенность аномалий зубочелюстной системы в среднем составляет 43,04±1,97% и 47,46±2,01% соответственно среди мужчин и женщин. У 30-39-летних мужчин и женщин усредненное значение распространенности аномалий зубочелюстной системы соответствовало 43,16±1,13% и 45,75±1,25% при среднецифровом значении исследуемого показателя 25,17±1,62% и 27,33±1,78% в возрасте 40-49 лет, 21,10±1,87% и 25,35±1,82% – в 50-59, 13,71±0,89% и 14,94±1,19% – в 60 лет и старше.

Сопоставительная характеристика исследуемой патологии среди отдельных возрастных групп позволяет отметить, что показатели распространенности аномалий зубочелюстной системы оказались на значительно более высоком уровне (45,25±1,99%) в возрасте 20-29 лет. Достоверное снижение распространенности данной патологии наблюдается в возрастных группах 40-49 лет (26,25±1,70%), 50-59 лет (23,23±1,85%). Наименьший уровень распространенности аномалий зубочелюстной системы имелся в возрасте 60 лет и старше (14,33±1,04%).

Согласно полученным результатам, среди обследованных наиболее часто встречаются такие виды аномалий прикуса, как глубокий прикус (10,70±0,98%), прогнатия (2,96±0,18%) и открытий прикус (2,10±0,21%). Довольно низок удельный вес прогенического (1,43±0,12%) и перекрестного (0,89±0,14%) прикусов.

К числу выявляемых нозологических форм, включенных нами в понятие «аномалии зубов», наиболее часто встречаются такие их виды, как аномалии положения, скученность, диастемы и тремы. Однако среди обследованных встречались и другие более редкие формы поражения, в частности, адентия и сверхкомплектные зубы.

Структурное распределение аномалий зубов выглядит таким образом: распространенность аномалии положения и скученность зубов в среднем составляют 9,12±0,45 и 8,41±0,39% соответственно, суммарный показатель диастемы и тремы приравнивается 6,89±0,36%, значение первичной адентии и сверхкомплектных зубов в среднем составляет 2,75±0,24%.

Заключение. Таким образом, повозрастная динамика частоты распространения зубочелюстных аномалий среди городского населения позволяет оптимальным образом планировать развитие соответствующего вида специализированной стоматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов С.М., Ашуров Г.Г. Результаты социологического исследования проблем развития стоматологии при наличии зубочелюстных аномалий и деформаций в новых экономических условиях // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК. Душанбе, 2013. № 2. С. 158-159.

2. Каримов С.М., Муродов Б.К. Структура распространенности аномалий зубов у взрослого населения // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. Душанбе, 2013. № 1. С. 18-21.

3. Каримов С.М., Холов Х.Р. Медико-социальные аспекты развития зубочелюстных аномалий у взрослого населения Республики Таджикистан // Стоматология Таджикистана. Душанбе, 2013. № 1. С. 45-49.

[1]Махкамов К.К., [2]Абдуллаева О.Р.

РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ

[1]Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ "Родильный дом №1" г.Душанбе

Актуальность. За последние два десятилетия в мире отмечают существенное снижение показателей неонатальной смертности, однако, до сих пор ежегодно регистрируется примерно 2,7 млн. случаев смерти новорожденных и 2,6 млн. случаев мертворождения. Большинства этих смертей можно было бы избежать в случае оказания высококвалифицированной помощи на этапах до и во время беременности, родов и в критически важные часы и дни после рождения новорожденного [1, 3, 4, 5].

В Республике Таджикистан из общего числа мертворожденных с массой от 500 до 999 г более 70% погибают в антенатальном и около 30% - в интранатальном периодах. При этом из общего числа живорожденных этой категории детей удельный вес выживших составил всего лишь 1,1% [2]. Расследование отдельных случаев смерти и согласованная информация об их характере необходима для планирования и организации работы систем здравоохранения и для распределения ресурсов с целью предотвращения гибели плода и новорожденного ребенка в будущем [1]. Вышеизложенное, обусловило выбор нашего исследования.

Цель исследования. Анализ смертности новорожденных для оптимизации деятельности неонатологической службы и её ресурсов.

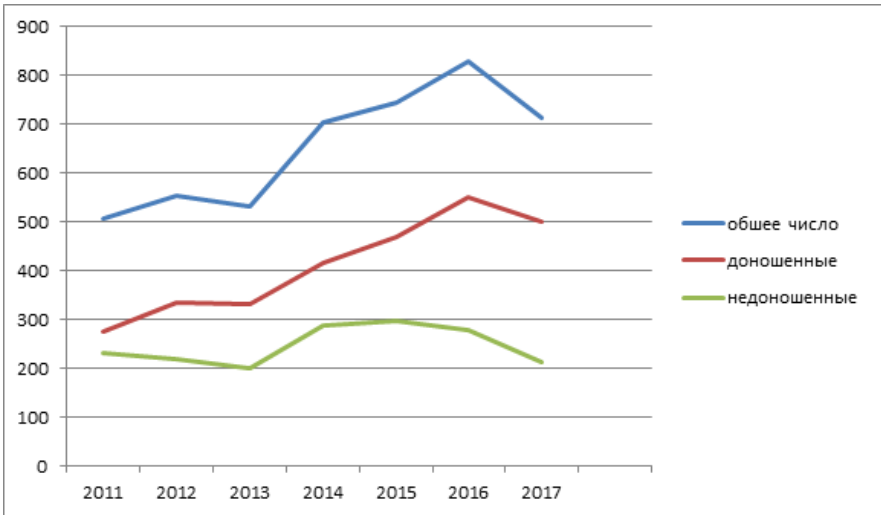
Материал и методы исследования. Результаты исследования основаны на данных анализа ежегодных отчетов отделений клинической базы кафедры неонатологии (РД № 1 Управления здравоохранения Хукумата города Душанбе). Проведен анализ структуры заболеваемости и смертности за период с 2011 по 2017 годы.

На основании анализа 88 историй родов и историй развития новорожденных, умерших в неонатальном периоде, проведено изучение каждого случая смерти новорожденного с учетом гестационного возраста.

Результаты и их обсуждение. Начиная с 2011 года, в родильном доме № 1 города Душанбе, активно используются национальные протоколы по неонатологии. Реализация вышеназванных стандартов оптимизировала оказываемую медицинскую помощь за здоровыми новорожденными, больными и маловесными детьми в стационаре. Об этом свидетельствуют показатели смертности за период применения национальных протоколов с 2011 по 2017 годы. Так, отмечается снижение показателей как перинатальной, так и ранней неонатальной смертности (на 5,1‰ и 3,6‰ соответственно). Этому способствовало использование в процессе лечения принципа гуманизации неонатальной помощи. Такая практика снижает нагрузку медсестры и способствует стабилизации психологического состояния матерей, что позволяет существенно снизить тяжесть последствий перинатальной патологии и повысить качество жизни детей в последующем развитии. Следует отметить, что вышеуказанное контролируется сотрудниками кафедры регулярно (на утренних конференциях, обходах и разборах клинических случаев и летальности).

Необходимость пересмотра нагрузки на медсестер отделения реанимации новорожденных доказывают данные рисунка.

Так, за исследуемый период удельный вес поступивших в ОРИТ увеличился на 2,9% (с 508 – 8,3% до 714 – 11,2 %). На 3,3% (277 – 4,7% до 500 – 8%) увеличилось число поступивших доношенных и на 1,2% (с 80,8% до 90%) - недоношенных. Учитывая возросшую нагрузку на персонал при сохраняющейся его численности, назрела необходимость разработки нормативно–правового документа с определением порядка организации, штатных нормативов и стандартов оснащения неонатологической помощи.



Динамика поступивших детей в ОРИТ РД №3 г. Душанбе за период 2011- 2017 гг.

Аналогичную тенденцию мы наблюдали в динамике снижения летальности. Отмечено снижение показателя как общей летальности (на 6,76%), так и летальности среди доношенных и недоношенных, соответственно 4,2 % и 8,1%.

В структуре ранней неонатальной смертности основные позиции неизменно занимают СДР, асфиксия, состояния связанные с в/у инфекцией, а также пороки развития, несовместимые с жизнью (табл. 1).

Таблица 1

Структура ранней неонатальной смертности в РД №3 г. Душанбе за период с 2011 по 2017 гг. (в %)

Нозология	***Годы***	
	2011	***2017***
Асфиксия	22,0	11,0
Инфекции	22,0	30.5
СДР	43,0	35,0
Пороки развития	7,0	18,0

В динамике за исследуемый период мы отмечали снижение смертности от асфиксии (в 2 раза) и от СДР (на 8%). При этом заметное снижение смертности (в 2,4 раза) от асфиксии отмечено среди доношенных детей (табл. 2). Среди недоношенных, снижение смертности мы наблюдали от асфиксии и СДР.

Таблица 2

Структура ранней неонатальной смертности РД №3 г. Душанбе за период с 2011 по 2017 гг. (в%)

Нозология	***Годы***	
	2011	***2017***
У доношенных детей		
Асфиксия	33,0	13.6
В/у инфекция	33,0	36,0
Пороки развития	17,0	41,0
У недоношенных детей		
Асфиксия	16	10
В/у инфекция	16	27,5
СДР	66	55
Пороки развития	1.8	5

В то же время отмечается рост состояний, связанных с внутриутробной инфекцией (на 10,5%) и пороками развития (в 2,6 раза). Данная тенденция сохраняется среди доношенных (соответственно на 6% и в 2,4 раза) и недоношенных детей (соответственно на 11,5% и в 2,8 раза). Несомненной причиной этого роста является снижение соматического индекса наших женщин, увеличение удельного веса патологических родов и возникших в связи ними роста осложнений как у матери, так у ребенка, которые явились причиной гибели ребенка, а в некоторых случаях (пороки развития сердца и мозга) неизбежной.

Проведенный анализ историй болезни каждого умершего новорожденного показал, что 82% их матерей составляли городское, а 18% - сельское население. В основном роды у доношенных и недоношенных приходились на выходные дни (44,4% и 63,9% соответственно), а смерти в выходные у доношенных (38,9%), а у недоношенных - на воскресенье и понедельник (55,5%). При этом в зависимости от графика работы персонала учреждения роды у доношенных и недоношенных в основном произошли по дежурству (50% и 83,3% соответственно).

Ухудшение состояния и последующая смерть также преимущественно были констатированы по дежурству (66,7% и 85% соответственно).

Анализ негативных факторов анамнеза показал наличие отягощенного акушерско-гинекологического и соматического анамнеза без исключения у всех матерей умерших новорожденных.

Новорожденные как доношенные (60%), так и маловесные (57,8%) родились преимущественно от повторных беременности и родов. Причем у маловесных независимо от гестационного возраста и массы тела при рождении этот показатель существенно не отличался.

Анализ течения беременности позволил установить следующее. У всех матерей, родивших в срок, наблюдалось патологическое течение беременности (часто с сочетанием двух и более неблагоприятных факторов). Среди них ведущее место занимали перенесенные острые воспалительные (ОРВИ, грипп, бронхит) и обострения хронических заболеваний, особенно мочеполовой системы (87,6%).

У всех матерей, родивших преждевременно, беременность также протекала на фоне сочетания двух и более неблагоприятных факторов. Особенно это наблюдалось в группе, родивших детей с очень низкой массой тела (42%). Помимо острых респираторных и обострения болезней мочеполовой системы, часто беременность протекала на фоне токсического зоба (31%), анемии (36%) и артериальной гипертензии беременных (38,6%).

Состояния, связанные с преэклампсией, хорионамнионитом, мекониальными водами, наблюдались при срочных (50%) и, особенно часто, в случаях рождения маловесных детей (71%).

Патологическое течение родов встречалось у 50% матерей доношенных и у 40% матерей маловесных детей. При срочных родах часто наблюдались дистресс плода и оказание пособий. В 21% случаев родился крупный ребенок. У погибших маловесных в родах чаще всего отмечали преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (25,7%).

Неблагоприятные факторы анамнеза, несомненно, оказывают потенцированное воздействие на плод, приводя к внутриутробной гипоксии плода. Однако, среди умерших доношенных детей в состоянии асфиксии родилось всего 39,1%, что может свидетельствовать о недооценке их состояния при рождении. Недоношенные дети в 71% случаев были рождены в состоянии асфиксии. Следует отметить, что если доношенные дети чаще были рождены в состоянии тяжелой, то маловесные рождались в умеренной асфиксии, особенно дети с очень низкой массой тела (34%).

Выше мы отмечали рост внутриутробной инфекции. Одной из причин является снижение соматического индекса родильниц и возникший в связи этим рост осложнений, в частности у матери. Так, при оценке плаценты выявлены различные её изменения, а часто их сочетания - в 77,8% срочных и 82,6% преждевременных родов. Следует подчеркнуть, что в остальных случаях состояние плаценты в истории развития новорожденного не было отражено.

Несмотря на относительное снижение смертности от СДР, но в то же время сохраняющийся высокий уровень СДР обусловлен рядом причин. Так, на показатель смертности влияет проведение антенатальной профилактики респираторного дистресс–синдрома (введение дексаметазона) и лечение его самого (введение сурфактанта). Однако проведенный анализ показал, что в 17% случаев профилактика проведена не полностью, а в 62% она не проведена вообще. Соответственно в неполном объеме проводились лечебные мероприятия. Сурфактант не вводился вообще по причине его отсутствия. Аналогично это относилось и к методу СИПАП.

Основная часть умерших маловесных (77,2%) нуждалась в ИВЛ. Из числа нуждающихся в вентиляции 85,7% была начата ИВЛ, причем у 58,3% она начата поздно. У 14,3% детей вентиляцию несмотря, на показания, не смогли провести по причине занятости аппарата. Следует подчеркнуть, что в основном перевод на ИВЛ недоношенных осуществлялся по показаниям, наиболее частым из которых был приступ апноэ, повторное проявление которого было сигналом к назначению кофеина цитрата. Это также не проводилось ввиду отсутствия препарата в республике.

66,7% доношенных детей нуждались в ИВЛ. Вентиляция была проведена 41,7%. Поздний перевод отмечаем в 33,4% случаев. В 25% перевод на ИВЛ не осуществлен по причине занятости аппарата другим пациентом.

Таким образом, современное состояние и тенденции в показателях неонатальной смертности и их структура диктуют необходимость оптимизации помощи в родовспомогательных учреждениях путем внедрения современных технологий, необходимых для обеспечения комплекса адекватных лечебных мероприятий как плоду, так и новорожденному ребенку

.**Выводы**

1. Совершенствование неонатологической помощи в современных условиях невозможно без разработки нормативно–правового документа с определением порядка организации, штатных нормативов и стандартов оснащения.

2. Анализ показателей летальности и смертности позволяет определить основные направления оптимизации неонатальной помощи.

3. Использование современных стандартов диагностики (нейросонометрия, допплерометрия, ЭЭГ, компьютерная томография) и лечения (профилактика РДС, неинвазивная ИВЛ, сурфактант-терапия) способствует снижению показателя смертности новорожденных и маловесных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти. ВОЗ, 2016. 74 с.

2. Вохидов А.В. Маълумотнома дар бораи таҳлили сабабҳои фавти перинаталї ва неонаталї варонҳои паст намудани он дар солҳои 2016 - 2020 дар Чумҳурї Точикистон. Маводхои мушовараи Вазорати тандурустї ваҳифзи илтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2016. 5 с.

3. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 447 с.

4. Яцык Г.В. Проблемы и перспективы выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела // Вестник РАМН. 2008. № 12. С. 41—44;

5. Benders M.J., Groenendaal F., van Bel F., Brain development of preterm neonate after neonatal hydrocortisone treatment for chronic lung disease // Pediatric Ressurch Journal. 2009. Vol. 66, No. 5. P. 9-555..

Махмудова Р.У., Махмудова П.У., Закирова К.А.

ПРОБЛЕМА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗРТ
Республиканский центр защиты населения от туберкулёза

Актуальность. Глобальный рост заболеваемости туберкулёзом в период эпидемии СПИДа стал причиной создания ВОЗ новой программы “СПИД и туберкулёз”. По данным ВОЗ, в Европе туберкулёз зарегистрирован у 5-15% больных СПИДом, а в развивающихся странах – у 40%, при этом смертность возрастает до 43-70% [1, 3, 5, 7].

Учитывая эпидемиологическое положение по сочетанной инфекции, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ приняло «Стратегический план совместной деятельности по профилактике и контролю сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы». Согласно данному стратегическому плану, необходимо усиление межсекторального механизма координации в области сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ на всех уровнях службы ТБ с центрами СПИДа, наркологии, санитарно-эпидемиологического надзора, ПМСП, НПО для своевременного выявления и диагностики ТБ/ВИЧ среди населения [2, 4, 6]. Необходим эпидемиологический надзор распространенности ТБ/ВИЧ среди контингента группы риска (ПИН, трудовые мигранты, заключенные и работники коммерческого секса), где уровень распространенности ТБ тоже высок, организовывать интенсивное выявление и диагностики ТБ среди ВИЧ-инфицированных и ВИЧ среди туберкулезных больных [1, 3, 5, 6].

Цель исследования. Провести анализ возможностей имеющихся методов диагностики на качество выявления туберкулёза (ТБ) среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, и ВИЧ-инфекции среди туберкулёзных больных.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами изучены официальные статистические отчетные формы по сочетанной инфекции №30; №33; №8, ТБ 01-А; 07-А; 08-А; 10-А. по выявлению, диагностике и распространенности ко-инфекции ТБ ВИЧ за период 2006-2017 годы.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что выявление и диагностика туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц по республике за последние годы проводится на современном уровне, имеется аппаратура и оборудование, соответствующие мировым стандартам.

В стране существует трёхуровневая сеть лабораторной службы: на областном и районном уровнях – бактериоскопические лаборатории, на центральном уровне – Национальная референс-лаборатория (НРЛ). Выявление культур микобактерий осуществляется в 5 лабораториях среднего звена и НРЛ, оснащённых аппаратом BACTEC™ MGIT™ 960 и системами молекулярно-генетической диагностики ЛУ ТБ - Hain Lifescience. Кроме того, по стране имеются 84 микроскопических лабораторий, 46 из которых оснащены машинами GeneXpert для проведения быстрого выявления микобактерии туберкулёза (МБТ). Фенотипическое тестирование на ЛУ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) первого и второго ряда проводится в НРЛ на жидких и твердых средах методом пропорций. Качество проводимых исследований ежегодно осуществляется путём ВОК, проводимым СРЛ Гаутинг.

Все пациенты, живущие с ВИЧ/СПИД, на основании приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ от 12.05.2012 г. №193 «Об усилении менеджмента по сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан» каждые 6 месяцев должны проходить обследование на туберкулёз с целью раннего выявления и диагностики ТБ среди ЛЖВ.

Диагностика ВИЧ-инфицированных лиц на туберкулёз проводится следующими методами исследования:

– метод микроскопии мокроты при наличии жалоб на кашель с выделением мокроты более 2-х недель. У ВИЧ-инфицированных лиц независимо от продолжительности кашля с целью диагностики ТБ проводится 3-кратный анализ мокроты на выявление МБТ. Для контроля эффективности лечения каждые 2 месяца в интенсивной фазе лечения проводится 2-кратное микроскопическое исследование на выявление МБТ, если пациент находится на лечении по режиму 1 и ежемесячно – на режиме 2;

– исследование мокроты на молекулярно-генетическом уровне аппаратом GeneXpert MTB/RIF, который в течение 2 часов выявляет МБТ в мокроте и одновременно определяет устойчивость МБТ к рифампицину;

– другие современные методы диагностики туберкулеза методом ПЦР -Хайн тест (Hain Lifescience - LPA MTB, sl) - выявляют МБТ и одномоментно определяют лекарственную устойчивость к рифампицину, изониазиду и ПТП 2 ряда в течение 48 часов;

– посев исследуемого материала на твердой и жидкой средах (Левенштейн-Йенсена,MGIT 960) с последующим проведением теста на лекарственную чувствительность.

Туберкулино-диагностика с целью раннего выявления туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных информативна лишь на ранних этапах инфицирования туберкулёзом.

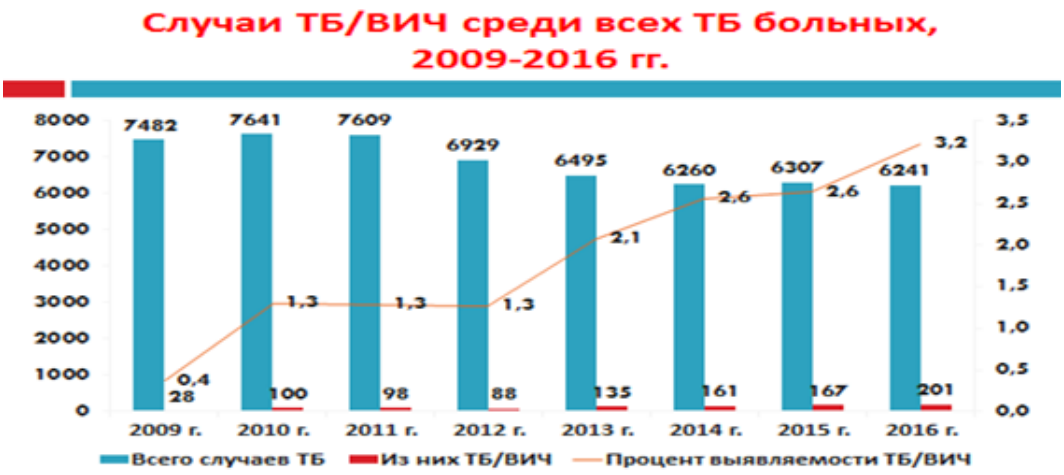
Для уточнения наличия оппортунистической инфекции ВИЧ среди туберкулёзных больных в областных Центрах по борьбе с ТБ функционирует аппарат «ЭЛИЗА система» для определения иммуноферментного анализа (ИФА), в стационарах на национальном и областном уровнях имеются экспресс-тесты, при положительных случаях сыворотка крови отправляется в Республиканский центр по борьбе со СПИД для установления окончательного диагноза методом иммуно-блотинга (ИБ), для изучения состояния печени проводятся биохимические исследования на выявление гепатитов.

Для своевременного выявления и диагностики легочного и внелегочного туберкулёза у ВИЧ-инфицированных лиц проводится лучевая диагностика органов; с целью определения объёма поражения, дифференциальной диагностики производится рентгенография, компьютерная томография, цифровая флюорография и МРТ. При необходимости углубленные, целенаправленные, бронхоскопические, пункционные (с биопсией), цитологические, лапароскопические исследования с участием врачей пульмонологов, бактериологов, лимфологов, цитологов и других специалистов. Выявление туберкулёза у ВИЧ–инфицированных лиц организуется врачами Центров СПИД, а также специалистами ПМСП, за которыми закреплено обслуживание ВИЧ-инфицированных лиц по месту проживания (рис. 1).

Рост числа случаев ВИЧ–инфекции продолжался с 1993 г. по 2005 г., всего было зарегистрировано 495 пациентов. В 2006 г. выявлено 198 ВИЧ- инфицированных больных по республике, а в 2010 г. это количество увеличилось до 1004, или в 5 раз больше, чем в 2006 г. Количество больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ за этот период увеличилось с 2,4% до 10,1%, или на 7,7% из общего количества выявленных ТБ среди ВИЧ-инфицированных больных, что составило 62,7%. Количество ВИЧ-инфицированных лиц в 2015-2016 годы увеличилось - 1151-1207, среди них выявлено 163-190 туберкулёзных больных. В 2017 г. количество ВИЧ-инфицированных лиц снизилась на 13,7%, а процент выявляемости туберкулёза остаётся высоким.

Выявляемость сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ с 2005 -2017 гг.

Годы	Количество впервые выявленных ВИЧ-инфицированных лиц	Из них выявлено ТБ/ВИЧ		Из числа ЛЖВ выявлено ТБ		Из числа ТБ выявлено ВИЧ	
	Абс. число	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2005	495	12	2,4	12	100	0	0
2006	198	15	7,6	5	33,3	10	66,7
2007	341	54	16	39	72,2	15	27,8
2008	374	79	21	31	39,2	48	60,8
2009	439	49	11	28	57,1	21	42,9
2010	1004	1 02	10,1	38	37,3	64	62,7
2011	989	115	11,6	49	42,7	66	57,3
2012г	828	116	14	46	39,7	70	60,3
2013г	876	1 71	19,5	89	52,0	82	48,0
2014 г	1008	156	15,5	81	51,9	75	48,1
2015г	1151	163	14,2	97	59,5	66	40,5
2016г	1207	190	15,7	116	61,0	74	30,0
2017г	1041	184	17,6	108	58,7	76	41,3
Всего	8910	1406	15,7	739	52,6	667	47,4



Процент охвата обследования ЛЖВ на туберкулёз остаётся на низком уровне, несмотря на его увеличение с 18% в 2006 г. до 46% в 2017 г. ЛЖВ регистрируются анонимно, поэтому их дальнейшее привлечение к исследованию на туберкулез остаётся проблематичным.

Обследование туберкулёзных больных на выявление ВИЧ-инфекции в республике проводилось поэтапно и с 2008-2009гг. была охвачена обследованиемвсе зарегистрированные пациенты республики, процент обследование за эти годы составил 93-95% соответственно (табл. 2). С 2010 по 2017 г. процент обследование ТБ больных на ВИЧ составляет 96-97%.

Процент выявления ВИЧ-инфекции среди туберкулёзных больных в 2009 г. составлял всего 0,4%, в дальнейшем по мере роста числа ВИЧ-инфицированных по республике увеличился. Показатель выявляемости ВИЧ-инфицированных среди туберкулёзных больных в 2016 году составил 3,2%. По сравнению с 2009 годом, увеличилась выявляемость ТБ среди ЛЖВ на 2,8%. По мере ежегодного снижения уровня заболеваемости туберкулёзом среди населения республики уровень обследования ТБ больных на ВИЧ увеличился и в 2016 г. составил 97%. Устойчивость МБТ среди ЛЖВ более чем к двум противотуберкулёзным препаратам составляет 61,1%..

Заключение.

Полученные результаты в целом свидетельствуют о том, что выявление и диагностика туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц по

республике проводится на современном уровне, в оснащенных современной аппаратурой и оборудованием лабораториях, соответствующих мировым стандартам. Обследование туберкулёзных больных на выявление ВИЧ–инфекции проводится в 93-97% случаев, а среди ЛЖВ на ТБ - лишь в 46-48%. Наблюдается ежегодный рост числа больных с сочетанной инфекцией туберкулёз и ВИЧ среди населения. Важно увеличить показатель обследования ЛЖВ для своевременного выявления и лечения туберкулёза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин В.Б., Зеленина А.Е., Зырянова О.Г., Кононенко Ю.С. и др. Исходы курсов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ инфекцией // ТБ/ВИЧ в Российской Федерации, эпидемиология, особенности клинического проявлений и результаты лечения. М., 2017. С. 41-47.

2. Довгополюк У.С., Пузырева Л.В., Левахина Л.И., Мордык А.В. профилактика туберкулеза у лиц с ВИЧ–инфекцией в Сибирском федеральном округе // Туберкулёз и болезни легких. М., 2016. № 2. С. 13-15.

3. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу среди лиц с ВИЧ инфекцией в Российской Федерации// Туберкулез и болезни легких. 2017. С. 14-15.

4. Рахмонов С.Б., Бобоходжаев О.И. Проблемы туберкулеза и ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан: сборник матер. // Международная конференция Республик Центральной Азии по интеграции туберкулезной службы и Центров СПИД. Душанбе, 2010. С. 38-42

5. Цыбакова Э.Б. Туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией в России в начале XX1 века (2004-2013 гг.) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 43, №3. С. 14

6. Global 2016. Tuberculosis report WHO HTM/TB,2016. №13. 201 с.

7. Kim Y.N., Kim K.M., Choi H.N. Clinical usefulness of PCR for differential diagnosis of tuberculosis and nontuberculosis // Mol. Diagn. 2015. Vol. 17, № 5. P. 597-601.

Машарипов А.Б., Орипов А.Ф., Гафуров К.Б., Ниёзов М.И.

РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОШИ В Г. ИСТАРАВШАН СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Поэтапное развитие детской хирургической помоши в городе Истаравшан Согдийской области Республики Таджикистан началось в 1972 году, с момента приёма детей с хирургической патологией детским хирургом Н.В. Вайдуллоевым в детской поликлинике. В 1976 году пришли на работу ещё два детских хирурга: А.Б. Машарипов после окончания клинической ординатуры и Г.Ф. Фаттуллоев после окончания интернатуры по детской хирургии. Затем в составе общего хирургического отделения начали функционировать 35 коек для детей с хирургической патологией. В дальнейшем в результате проведения санитарно-профилактической работы среди населения, профосмотров в школах и дошкольных учреждениях и консультации больных детей в отделениях ЦРБ увеличилось количество поступлений больных. В 1982 году количество детских хирургических коек возросло до 50, расширился диапазон и объём оперативных вмешательств. В 1984 году было пролечено и выписано 1134 ребёнка, из них 550 прооперированных, оперативная активность составила 49,2%. Резко увеличился наплыв детей с хирургической патологией в детскую поликлинику, их число составило 18430. В 1984-1985 годах было выделено 2 медсестринских поста. В хирургическое отделение поступали дети с хирургическими заболеваниями из соседних Ганчинского и Шахристанского районов. С приёмом на работу Гафурова Камола, окончившего клиническую ординатуру по детской хирургии, ещё больше увеличился объём оказываемой больным детям хирургической помощи, и она стала круглосуточной, уменьшилось число переводов тяжелобольных в областной центр. Резко увеличилась обращаемость, появилась необходимость в расширении коечного фонда. В ноябре 1991 года на базе ЦРБ открыто детское хирургическое отделение на 60 коек для обслуживания детей, проживающих в Ура-тюбинском (Истаравшан) и Шахристанском районах. В отделении детской хирургии были организованы 2 перевязочные, эндоскопический кабинет, процедурный кабинет и круглосуточные сестринские посты, были выделены 5,5 врачебных ставок.

Обезболивание и наблюдение за детьми после операции в детском хирургическом отделении проводили анестезиологи, прошедшие УСО по детской анестезиологии. До 2013 года отделение действовало в приспособленном помещении в здании старого родильного дома. С 2013 года в отделении функционируют 45 штатных коек в новом благоустроенном здании. Условно отделение разделено на чистую половину и половину, где находятся больные с гнойно-септическими заболеваниями. С 24.08.2017 года приказом главного врача было открыто отделение детской анестезиологии и реанимации на 3 койки, где оказывается круглосуточная специализированная помощь детям с хирургической патологией. Во вновь открывшемся отделении анестезиологии и реанимации для детей анестезиологическая помощь проводится только врачами - детскими анестезиологами, прошедшими первичную специализацию по анестезиологии и реанимации на базе ГОУ «Таджикский институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ».

За 26 лет поэтапно в работу отделения внедрены методики, разработанные в клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ГОУ «Таджикский институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» и в других ведущих клиниках, в том числе зарубежья. В частности, реконструктивно-восстановительные операции при уролитиазе: щадящая нефролитотомия при коралловидных камнях, неопиелоуретроанастамоз при сужении прилоханочного сегмента мочеточника, пластика уретры при головчатой форме гипоспадии. Внедрено оперативное вмешательство при врожденных пороках желудочно-кишечного тракта, атрезии тонкого кишечника и атрезии анального отверстия и прямой кишки, а также широко внедрена ранняя некротомия и некрэктомия при ожоговой болезни IV АБ, оперативное вмешательство аутодермопластики при помощи ДПЭ-60-2, внедрено консервативное и оперативное лечение ожоговой контрактуры и рубцов кожи. В отелении осуществляется введение левомеколевой мази в брюшную полость при перитонитах и в забрюшинное пространство при пионефрозах и паранефритах, ранняя ликвидация энтеростомы свища, цекостомы и колостомы внебрюшино через 2-4 месцев.

С открытием отделения детской хирургии и отделения анестизиологии и реанимации детского возраста, а также внедрения вышеукзанных методов прекратился перевод больных в областной центр детской хирургии и резко сократилось число консультаций по линии санитарной авиации из областного центра. Для подтверждения всего выше перечисленного можно привести следующие данные: за последние три года через детское хирургическое отделение прошло 3565 больных, из них урологических больных было 597, что составляет 28,9%, ожоговых – 275, составляющих 7,4%. Всего за три года проведено 2399 операций, оперативная активность в 1917 году повысилась до 64,8%.

В отделении большое внимание уделяется теоретической и практической подготовке кадров. В настояшее время в городе работают 8 детских хирургов, из них 5 имеют высшую квалификационную категорию, 1 - первую категорию, двое вследствие маленького стажа работы аттестации не подлежат, двое прошли циклы УСО в городе Душанбе, Санкт-Петребурге, Минске, Алматы. Большинство врачей прошли циклы УСО на базе ГОУ «Таджикский институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ». Три врача работают после окончания клинической ординатуры.

С момента существования отделения его врачи активно участвовали в работе Республиканского общества детских хирургов, филиалов Ресубликанского общества ассоциации детских хирургов в городе Худжанде. Продемонстрировано более 35 больных и сделано около 50 выступлений. Врачи отделения неоднократно были делегатами республиканских, областных, среднеазиатских конференций, симпозиумов и съездов, напечатали около 20 тезисов и 30 журнальных статей.

Таким образом, поэтапное развитие детского хирургического отделения в городе Истаравшан возрасло с 42,2% оперативной активности до 75% в 2017 году. Улчшились все показатели работы отделения. В настоящее время стоит вопрос о внедрении эндохирургии в деятельность отделения

Нозиров Дж.Х., Негматова И.С.

АЛКОГОЛЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Значимым фактором риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является алкоголизм, распространенность которого варьирует в пределах 2-10%. Зависимость между потреблением алкоголя и смертностью от ишемической болезни сердца (ИБС) такова: у непьющих и пьющих риск смертельного исхода выше, чем у пьющих умеренно (до 30 г в день в пересчете на чистый этанол) [1, 2, 4]. При этом около 30% смертности мужчин и 15% смертности женщин связано со сверхвысоким употреблением алкоголя [1]. В то же время есть сообщения, что умеренные дозы алкоголя снижают риск развития ИБС (<30 г алкоголя в день) и инсульта (<12 г алкоголя в день) [4]. Однако, побочные действия алкоголя (повышение АД, риск развития внезапной смерти, влияние на психосоциальный статус) не позволяют рекомендовать его в качестве средства для профилактики ИБС [1, 4].

Цель исследования. Изучить поло-возрастные особенности распространения злоупотребления алкоголя и их связь в формировании ИБС и артериальной гипертензии (АГ) среди популяции населения различных регионов Таджикистана.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 16500 человек в возрасте от 15 до 59 лет, проживающие в различных административных регионах Республики Таджикистан. Наряду с основными кардиоваскулярными заболеваниями (ИБС и АГ), нами были изучены поведенческие ФР их развития: избыточная масса тела и ожирение, гиподинамия, дислипидемия, употребление табака, определение уровня стресса, а также употребление алкоголя. Для определения уровня употребления алкоголя нами использованы опросники Роуза, которые содержали пункты, касающиеся употребления алкоголя (в настоящее время, количество, продолжительность, вид алкоголя). К категории употребляющих алкоголь отнесены лица, регулярно употребляющие спиртные напитки в дозах, превышающих международные рекомендации (до 20-30 мл чистого этанола в день для мужчин, что соответствует 50-60 мл водки, 200-250 мл сухого вина, 500-600 мл пива; для женщин эта норма суточного потребления ограничена до 10-20 мл в день) [3, 5].

Результаты и их обсуждение. Из общего числа обследованных (3238 человек) в Вахшском районе Хатлонской области употребляли алкоголь всего 4,4±0,7% и все они были лицами мужского пола (9,8±1,6%). При этом наиболее пьющими оказались мужчины в возрастных диапазонах 45-54 лет (19,2±5,6%) и 25-34 года (12,4±3,4%). Реже всего употребляли алкоголь мужчины в возрасте до 24 лет - 4,8±2,1%.

Скрининговые исследования населения Деваштичского района Согдийской области на распространенность употребления алкоголя позволили установить его наличие в целом у 2,9±0,6% обследованных и все они были лицами мужского пола (6,5±1,3%). Число употребляющих алкоголь в Деваштичском районе было меньше, чем в Вахшском районе, и чаще всего употребляли алкоголь мужчины в возрасте 45-54 (9,5±3,8%), 55-59 (8,7±3,7%) и 25-34 лет (8,5±3,5%), реже - в диапазоне 15-24 лет (0,8±1,0%).

Из общего количества обследованных (3326 человек) в Ванчском районе ГБАО употребляли алкоголь всего лишь 6,6±0,9%, из числа лиц мужского пола - 15,1±1,9%. При этом отмечен рост распространенности употребления алкоголя с возрастом с достижением пика у мужчин в 35-44 года. С 45 лет и старше обнаружена обратная тенденция.

Аналогичные скрининговые исследования населения Турсунзадевского района РРП выявили наибольшие уровни распространения пьющих мужчин - 23,8±3,0%. Женщин, употребляющих алкоголь, среди контингента обследованных нами не обнаружено. Мужчин, употребляющих алкоголь, более всего оказалось в возрастной группе 35-44 года (55,8±8,8%). Несколько меньше употребляли алкоголь мужчины в возрасте 25-34 и 45-54 лет (30,9±8,8% и 29,4±8,4% соответственно), а ещё реже - в 15-24 года - 2,0±1,7%.

Скрининговые исследования населения Вахдатского района РРП выявили самые низкие показатели употребления алкоголя - 4,96%. При этом основными потребителями алкоголя оказались как лица мужского (11,1±1,4%), так и женского пола (0,4±0,2%). При этом частота потребления алкоголя женщинами оказалась в 28 раз меньше, чем у мужчин ($p<0,001$). Женщины употребляли алкоголь в возрастных группах 45-54 и 35-44 лет, однако их уровень оказался низким: 1,8±1,2% и 0,4±0,6% соответственно.

В целом скрининговые исследования населения республики позволили установить, что из числа обследованных (16500 человек) 94,6±0,4%

не употребляли алкоголь и лишь 5,4±0,4% лиц относились к категории пьющих. Среди лиц, употребляющих алкоголь, основную массу составляли мужчины (12,2±0,8%). Женщины употребляли алкоголь в 122 раза реже, чем мужчины (p<0,001).

Заключение. Таким образом, с высоким уровнем употребления алкоголя у лиц молодого возраста (25-34 лет) можно связать большую частоту АГ у мужчин - жителей Турсунзадевского района РРП (в 5,6 раза) и стартовой регистрацией гипертензии у мужчин Ванчского района ГБАО (3,6%). Начало клинических проявлений ИБС у мужчин Турсундазевского района РРП (с 25 лет) и Ванчского района ГБАО (с 35 лет) совпадает с периодом высокого употребления алкоголя.

Показатели корреляционной связи заболеваемости ИБС и АГ у обследованных мужчин выявили умеренную корреляционную связь (r=0,65) между заболеваемостью АГ и употреблением алкоголя. В тоже время подобная связь у обследованных женщин, страдающих АГ, оказалось слабой. С частотой употребления алкоголя и заболеваемостью ИБС у обследованных нами лиц женского пола обнаружена умеренная (r=0,16) корреляционная связь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России// Наркология. 2007. №12.С.29-36.

2. Сиволап Ю.П. Алкоголь и заболевания сердечно-сосудистой системы// Эффективная фармакотерапия. 2013. №49. С.5.

3. National High Blood Pressure Education Program. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-6), 1997.

4. Shkolikov V.M., Andreev E.M., Leon D.A. et al. Mortality reversal in Russia: The stoey so far// Hydiea Juternationalis. 2004. Vol.4, №1.P.29-80.

5. World Health Organization - International Society of Hypertension guidelines guidelines for the management of hypertension.//J. Hypert. 1999. Vol. 17. P.151-183.

[1]Очилзода А.А., [2]Гиесов Дж.Г.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННОГО БРАКА РОДИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОРЫ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

[1]Городской центр здоровья г. Худжанда
[2]Городской центр здоровья Исфаринского района

Актуальность. Проблема наследственных заболеваний и тугоухости, связанных с родственным браком родителей, у детей является одним из актуальных вопросов в Таджикистане, где часто встречаются родственные браки между двоюродными и троюродными братьями и сестрами. Роль генетических факторов в развитии наследственных заболеваний у детей раннего возраста является одной из наименее изученных проблем [2, 4, 5].

Актуальность совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов с наследственными нарушениями слуха и глухотой, которые возникают в результате родственных брачных союзов, определяется как ростом показателей заболеваемости и инвалидности вследствие данной патологии, так и не разработанностью этих вопросов, что в значительной мере снижает качество экспертного обслуживания и эффективность оказываемой реабилитационной помощи [1, 3].

К наследственным заболеваниям и врожденным порокам развития (ВПР) относят: врожденные вывихи тазобедренного сустава, детский паралич, болезнь Дауна, глухоту и слепоту - снижение и прогнозирование уровня которых, несомненно, остается актуальной проблемой практического здравоохранения [1, 3]. К тому же, лечение многих генетических заболеваний остается малоэффективным, а в ряде случае вообще невозможным [4, 5].

Учитывая, региональные особенности Таджикистана и популярность родственных браков, мы решили провести исследование инвалидности детского населения, явившейся следствием наследственных заболеваний и тугоухости, обусловленных родственным браком родителей.

Цель исследования. Обобщить данные, касающиеся инвалидности детского населения, связанной с наследственными заболеваниями и глухотой, обусловленных родственным браком, среди местных жителей Таджикистана.

Материал и методы исследования. Нами в условиях детского сурдологического центра г. Худжанда в 2012-2017 гг. обследованы и анализированы карты 7205 детей-инвалидов с различной патологией органов и систем в возрасте от 3 до 18 лет, из городов и районов Согдийской области. Мальчиков было 3995 (32,1%), девочек – 3210 (54,5%).

При изучении причин детской инвалидности одним из факторов, способствующих наследственной патологии, оказалась родственный брак - у 1515 (21,0%) детей (1442/95,1% –жители сельской местности, 73/4,8 % - жители города).

Сбор материала осуществляли путем выкопировки искомых показателей, в т.ч. результатов анкетирования при социологическом опросе родителей 1515 детей с ограниченными возможностям всех групп инвалидности на почве родственного брака родителей. Наличие родственных отношений родителей у детей устанавливали путем тщательного сбора анамнеза у родителей и их близких родственников.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования у 1515 детей в анамнезе было установлено конкретное указание на родство родителей и наличие наследственных заболеваний среди сестер и братьев. Анализ причин наследственных заболеваний показал, что родственный брак является одним из факторов, влияющих на развитие наследственных заболеваний, которые обусловлены патологическим изменением генов, что может проявляться различными наследственными заболеваниями органов и систем организма. Проведенными исследованиями установлено, что наследственные заболевания на почве родственного брака встречаются в виде: заболеваний нервной системы у 536 (35,3%), психических расстройств - у 225 (14,8%,), патологии органов зрения - у 236 (15,7%), заболеваний ЛОР–органов – у 221 (14,6%), заболеваний опорно–двигательного аппарата - у 124 (8,2%), наследственной патологии - у 96 (6,3%), врожденных пороков сердца - у 76 (5,0%), врожденных хирургических заболеваниях - у 6 (0,4%), болезней эндокринной системы - у 27 (1,8%), заболеваний системы кроветворения - у 22, (1,5%), заболеваний мочевыводящей системы - у 5 (0,4%).

Полученные данные свидетельствуют, что наследственные заболевания, связанные с родственным браком, чаще встречается при заболеваниях нервной системы - 536 (35,3%), органа зрения - у 236 (15,7%), психических расстройствах - 225 (14,8%), врожденных аномалиях и болезни ЛОР–органов - у 221 (14,6%) и др. Эти четыре класса заболеваний составляют почти 70% причин детской инвалидности и определяют структуру хронической патологии, наиболее часто встречаемой в детском возрасте. Дети с наследственными заболеваниями на почве родственных браков посещают специализированный сад для детей с ограниченными возможностями, а затем переводятся в специализированные школы.

Заключение. Результаты наших исследований свидетельствует о том, что, действительно, существуют наследственные заболевания, связанные с родственным браком, среди местных жителей Таджикистана. Анализ уровней и структуры детской инвалидности на почве родственного брака в Согдийской области диктует необходимость комплексного подхода к проблеме диагностики и позволяет в дальнейшем совершенствовать качество медицинской помощи путем создания специализированных реабилитационных центров для реабилитации и лечении детей с ограниченными возможностями. С целью профилактики детской инвалидности на почве родственного брака необходимо вести пропаганду о вредности родственно-брачной связи среди населения Республики Таджикистан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вохидов А.В., Джобиров С.Б. Состояние здоровья и медико-социальные проблемы детей и подростков Таджикистана // Материалы V– съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. Душанбе, 2010. С.20 – 28.

2. Додхоев Д.С., Юнусов А.Г. Генетика близкородственных браков. //Материалы VI–го съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана «Формирования здоровье ребенка в обществе, вопросы выхаживания, развития и питания в контексте реализации целей развития тысячелетия». Душанбе, 2015. С. 41 – 45.

3. Куватов И.К., Рахматов А.И. Детская инвалидность в Таджикистане. Методическое пособие для врачей и работников социальной сферы. Душанбе, 2010. С.8-9.

4. Ходжаев Ф.А., Рахмонов Р.А. Наследственные болезни нервной системы – актуальные проблемы в Таджикистане. // Здравоохранение Таджикистана. 2012. №1. С.11-19.

5. Холматов Д.И., Махамадиев А.А., Алиев Н.В., Халимова Т.Р. Характеристика слуха при наследственной форме тугохости // Материалы 62–ой годичной научно–практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященной 20–летию Конституции Республики Таджикистан. Душанбе, 2014. С. 147 – 148.

Раззокова Н.Х., Давлятова Г.К., Камилова М.Я.

АУДИТ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ТЯЖЕЛЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ МАТЕРЯМ

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Одним из инструментов для улучшения качества помощи матерям и детям является аудит критических случаев (АКС), который разработан ВОЗ в 2004 г. и используется в учреждениях Таджикистана с 2009 года [2].

Аудит критических случаев предполагает неосуждающий, конфиденциальный, основанный на данных доказательной медицины анализ ситуаций, когда женщина имела осложнение, угрожающее жизни, и выжила. Результатом АКС является выработка простых, доступных, эффективных, обоснованных рекомендаций, реализация которых обеспечит изменение практик и будет способствовать улучшению качества оказываемой помощи матерям и детям [1].

В структуре причин материнской смертности в стране осложнения тяжелых преэклампсий продолжают занимать лидирующие места, что определяет актуальность изучения влияния использования АКС на качество оказания помощи при этих осложнения.

Цель исследования. Выявить изменения качества помощи женщинам с тяжелыми преэклампсиями в результате использования АКС.

Материал и методы исследований. Объектом исследования явились 5 учреждений 2-го уровня, успешно использующих АКС в практике работы. Для оценки изменения качества помощи женщинам с тяжелыми преэклампсиями в учреждениях проводили наблюдение хода 45 заседаний АКС и оценку динамики изменений частоты критических состояний, развившихся в стационаре: эклампсии, острой почечной, печеночной, дыхательной недостаточности, отека легких, отека головного мозга и кровоизлияния в мозг. Наблюдение проведения заседаний позволило оценить правильное использование методологии и принципов АКС – правильный поиск упущенных возможностей и принятия эффективных выполнимых решений, реализация которых улучшает качество помощи пациенткам с преэклампсиями в данном учреждении.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 45 критических случая тяжелых преэклампсий, развившихся в стационарах. Среди проанализированных критических случаев острая почечная недостаточность развилась у 10 (22%) женщин с тяжелой преэклампсией, эклампсия – у 23 (51,1%), HELLP-синдром – у 2 (4,4%), тяжелая гипертензия (цифры систолического А/Д выше 170 мм рт. ст., диастолического А/Д – выше 110 мм рт. ст.) – у 9 (20%), печеночная недостаточность – у 1 (2,2%) женщины.

Систематизация причин упущенных возможностей выявила, что причинами упущенных возможностей явились: перезагруженность персонала, незнание сотрудниками стандартов, отсутствие инфузомата, несвоевременно обеспеченный перечень необходимого лабораторного обследования.

Соответственно выявленным и систематизированным упущенным возможностям были приняты решения:

1. создать дополнительный пост за счет перераспределения акушерок на уровне учреждения;
2. приобрести инфузоматы главным врачом за счет денежных средств, поступивших из платных услуг;
3. в систему непрерывного образования включить отработку практических навыков ведения пациенток с преэклампсией;
4. организовать экстренную ночную лабораторию в родильном отделении учреждения

Командой по АКС прослежена реализация принятых решений. Учитывая, что все они были реально исполнимыми, то и их реализация была успешной. Перераспределение нагрузки на акушерок без увеличения штата способствовало качественному наблюдению за пациентками. Рациональный пересмотр работы лаборатории в ночное время обеспечил доступность проведения необходимого обследования женщин с тяжелой преэклампсией в любое время суток. Приобретение инфузиоматов за счет средств из платных услуг улучшило качество проведения магнезиальной терапии. Проведенные занятия с акушерками и анестезистками по режиму магнезиальной терапии и мониторингу за пациентками с тяжелой преэклампсией повысили знания персонала.

Сравнение показателей критических состояний тяжелых преэклампсий до начала использования АКС и через 6 месяцев после реализации принятых решений установило, что частота случаев эклампсии

в обследованных стационарах уменьшилась в 2,8 раза, ОПН – в 2,2 раза. Приведенные данные свидетельствуют, что реализация АКС способствует снижению частоты КС, развившихся в стационарах.

Заключение. В результате внедрения в практику учреждения аудита критических случаев улучшилось качество оказания услуг беременным с тяжелыми преэклампсиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камилова М.Я., Расулова Г.Т., Пирова З. Оценка внедрения анализа критических случаев, угрожающих жизни женщины, при проведении мониторинга // Вестник педагогического университета. 2014. №2 (57). С.135-140.

2. Приказ МЗ РТ «О проведении конфиденциального расследования случаев материнской смертности». 25 сентября 2013 г. № 557.

Рахимов З.Я.

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В СВЕТЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В отчете ПРООН - Доклад о человеческом развитии 2016, утверждается: «Человеческое развитие требует признать, что каждая жизнь одинаково ценна и что начинать человеческое развитие необходимо с тех, кто в наименьшей степени пользуется его плодами». Таджикистан имеет высокую приверженность к инновациям на пути к научно-техническому прогрессу. Это оформлено в ряде директивных документов: «Программа инновационного развития Республики Таджикистан на 2011-2020 годы», утвержденная постановлением Правительства РТ №227 от 30.04.2011. Также в соответствии с принятой национальной программой «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травматизма в Таджикистане на период 2013 – 2023 гг.», утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан (РТ) от 3 декабря 2012 года №676, были сформулированы 9 национальных целей, разбитых на два рубежа: среднесрочный (до 2017 года) и долгосрочный (до 2023 года). Осуществляемый нами ежегодный аналитический отчет позволяет обнаружить наши достижения и вскрыть барьеры на пути реализации проектов.

Цель исследования. Провести ситуационный анализ отдельных показателей здоровья населения РТ, определить наметившиеся тенденции в контексте планов реализации Национальных программ здравоохранения в рамках достижения Целей устойчивого развития ООН (ЦУР) в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Использованы данные скрининговых исследований с анализом распространенности кардио-васкулярных заболеваний (КВЗ) и их факторов риска (ФР) по отчетам STEPS-исследования ВОЗ и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (МЗиСЗН РТ). Также нами осуществлен анализ данных Центра медицинской статистики и информатики МЗиСЗН РТ. Изучена структура смертности населения РТ за последние 5 лет, доля КВЗ в ряду бремени болезней с учетом публикаций Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, а также данные ПРООН (Доклады о человеческом развитии 2010-2015 гг.).

Результаты и их обсуждение. По рейтингу человеческого развития РТ (2015) находится на 129 месте из 188 проанализированных стран. Показатель утраченных лет жизни в расчете на 100 000 населения составляет 11 930 и в сравнении с 2005 годом (28346,6) стал на 57,9% ниже, а в сравнении с 2010 (27408,7) – на 56,5%. В то же самое время КВЗ в структуре неинфекционных заболеваний продолжают оставаться самым высоким бременем для РТ. Так, в 2013 г. первичная заболеваемость по ССЗ составила 1327,1 на 100.000 населения. Благодаря активной поддержке правительства РТ в 2015 году ее

удалось снизить до уровня 800,7, что на 39,9% ниже. Смертельных исходов по ним всего было зарегистрировано 195.0 на 100.000 населения, что составляет 77% от всех НИЗ. Показатель смертности по ИБС вырос с 2010 по 2014 год на 20%, хотя смертность от инфаркта миокарда удалось снизить с 24,1 до 23,5, а госпитальная летальность упала до уровня 1,2 в расчете на 100 больных (2016) с начального (2010) уровня в 1,6. При этом прогнозируемая WHO, Global Health Observatory вероятность смерти от кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ), онкопатологии, сахарного диабета и хронических обструктивных заболеваний легких по Таджикистану составила в 2005 году 30,6%, а к 2015 году удалось ее снизить до 25,8% (-4,8%). Доля НИЗ в структуре общей смертности населения Таджикистана, по данным World Health Statistics 2015, составила 66%. Из этого числа на КВЗ сегодня приходится не менее 41% всех смертей. Среди стран СНГ стандартизированный по возрасту показатель смертности населения от НИЗ в Таджикистане составляет 753 (на 100 000 населения), что является одним из самых низких в регионе. Однако в сравнении с минимальными значениями Мирового уровня (3 086) этот показатель в РТ в 3,8 раза выше этих значений. В ответ на эти вызовы во всех регионах РТ успешно организуется социально-оздоровительная среда, создаются условия для правильного питания, внедряются технические пакеты Global Hearts ВОЗ/CDC (SHAKE, HEARTS и MPOWER), направленные на сокращение населением потребления соли, повышению приверженности к правильному питанию и реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Внедряются упрощенные и стандартизованные протоколы управления инструментами для включения передовых методов управления КВЗ на уровне ПМСП. Этому способствуют «Национальная стратегия здоровья населения РТ на 2010-2020 годы», а также «Стратегический план реконструкции медицинских учреждений РТ на период 2011-2020 годов». Таким образом, сегодня можно утверждать, что В Таджикистане успешно реализуется стратегический документ: «Перспективы профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2013-2023 гг.». Благодаря реализации намеченных программ, в РТ снизился показатель первичной заболеваемости по ишемической болезни сердца (ИБС) - 2017/2010 на 54,5%. При этом средняя продолжительность жизни населения выросла с 71,2 (2010) до 76 лет (2017).

Заключение. Имеются определенные достижения на пути реализации профилактических программ. Наблюдается снижение первичной заболеваемости, больничной летальности, а также смертности населения от отдельных КВЗ, что реально привело к приросту среднего уровня продолжительности жизни населения Таджикистана за период 2010-2017 годы на 4,8 лет.

Рустамова М.С., Курбанов Ш.М., Мукарамшоева М.Ш., Сироджева Л.Д., Абубакирова З.А.

РЕЗЕРВЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ МАТКИ

ГУ “Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии” МЗиСЗН РТ
ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”

Актуальность. Восстановление репродуктивной функции женщин, страдающих бесплодием, представляет актуальную проблему в связи с многофакторностью и непрерывном ростом частоты (от 5% до 50% в различны популяциях) инфертильности и её влиянием на демографические показатели страны, придаваемым ей медико-социальному значению [1,4].

Важнейшим и принципиально новым этапом в лечении бесплодия явилась разработка и внедрение методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В мировой практике за последние годы успех ЭКО на одну попытку проведения процедуры повысился до 40-45% [4, 5]. Несмотря на достижения и эффективность вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), не всегда

удаётся наступление беременности, даже после повторных попыток ЭКО (RIF), создаваемая серьёзную проблему репродуктологии. Всвязи с этим повышение эффективности методов ВРТ остается актуальной задачей современной репродуктивной медицины.

Цель исследования. Повышение эффекивности экстракорпорального оплодотворения при различной патологии матки.

Материал и методы исследований. Обследованы 30 женщин, страдающих бесплодием, обратившихся в Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии и Медицинский центр «Насл» за период 2014-2015 гг. и включенных в программу ЭКО. Критерии исключения составили: тяжелые сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

Всем обследованным женщинам проведены общеклинический и гинекологический осмотры, исследование гормонального статуса, микробиологический скрининг методом полимеразной цепной реакции, функциональные исследования (ультразвуковое исследование, фолликулометрия, магнитно-резонансная томография, маммография).

Для стимуляции суперовуляции применены короткий и длинный протоколы, малоинвазивные оперативные вмешательства, в том числе: диагностическая (10/33,3%) и лечебная гистероскопия с полипэктомией (7/23,3%), выскабливание стенок матки (6/20%), лапароскопия (6/20%), а также всем проведены озонотерапия и электрофорез.

Результаты исследований и обсуждение. Возраст обследованных колебался от 24 до 39 лет, составляя в среднем 35,3±1,2 года. У обследованных женщин установлены нарушения менструальной функции по типу гипоменструального (18/60,0%) и гиперменструального синдромов (3/10%). Бесплодие I (18/60%) и II (12/ 40%) имели продолжительность от 4 (3/10%) до 5-10 (17/56,7%) и более 10 лет (4/13,3%).

Основными причинами бесплодия являлись трубно-перитонеальные (11/61,1%) и эндокринные (7/38,9%) факторы. У большинства (25/83,3%) выявлены патологические изменения со стороны матки: миома матки (7/23,3%) с различным расположением узлов: субсерозное (5/71,4%) и субмукозное (2/28,6%) и диаметрами от 1,5 до 5,5 см, полип (7/23,3%) и гиперплазия (2/6,7%) эндометрия, внутриматочные синехии (4/13,3%) и хронический эндометрит (10/33,3%). Инфекционный фон был представлен наличием микоплазм (13/43,3%), хламидий (17/56,7%), уреаплазм (20/66,7%) и гарднерелл (20/66,7%). Носительство цитомегаловирусной инфекции и вируса простого герпеса I и II типов установлено соответственно у 20/66,7% и 22/73,3% обследованных лиц. У каждой второй (14/46,7%) наблюдавшейся супружеской пары были обнаружены кандиды, что, по-видимому, обусловлено длительным и неоднократным применением антибактериальных препаратов.

Таким образом, полученные данные совпадает с мнением большинства исследователей о том, что урогенитальная инфекция у супружеских пар с бесплодием создаёт серьёзные барьеры для эффективной терапии, в том числе и при применении инновационных технологий и программ экстракорпорального оплодотворения [1, 4].

Консервативная миомэктомия произведена 3 женщинам при интрамуральном и подслизистым расположении миомы матки и при диаметре узла более 5 см. Они включены в прогамму ЭКО после годичного наблюдения по общепринятям принципам [2]. Остальным в зависимости от вида патологии произведены: выскабливание матки, полипэктомия, подготовка эндометрия утрожестаном и электрофорез с медью и цинком, в зависимости от фазы менструального цикла. При наличии хронического эндометрита в зависимости от вида инфекционного агента проводилась противовоспалительная, антибактериальная/антивирусная и рассасывающая терапия обеим супружеским парам, а также озонотерапия. Выше приведенные мероприятия были проведены с учетом того, что эффективность программ ЭКО зависит от функциональной зрелости и готовности эндометрия к имплантации и синхронизации с развитием эмбриона, изменения маркеров имплантации и нарушения рецептивности эндометрия [3].

Из 34 попыток переноса эмбриона при ЭКО беременность наступила в 47,1%, из них в одном случае – двойней. Анализ исходов беременности показал, что из общего числа наступивших беременностей у 31,2% пациенток произошел самопроизвольный выкидыш (у 4 женщин) в ранних сроках (26 дней - 10 недель) и поздний аборт – у 1 пациентки в сроке 18 недель. Беременность у 11 (32,4%) женщин завершилась родами, в том числе срочными (8/23,5%) и преждевременными (3/18,8%). Следовательно, тщательная и углубленная подготовка с индивидуальным подходом ведения супружеских пар, страдающих бесплодием, с применением вспомогательных реподуктивных технологий способствовала восстановлению фертильности.

Заключение. Установлена высокая частота патологиии матки у женщин с бесплодием, подготовленных для проведения ВРТ. Эффективность ЭКО зависит от предпрограммной подготовки, в связи с чем всем пациенткам с бесплодием необходимо проведение гистероскопии и микробиологического скрининга для своевремнного выявления, лечения и коррекции маточных и вну-

триматочных патологий, что может быть резервом повышения эффективности ЭКО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Газазян М.Г., Гуман Л.П., Зуев В.В. Роль инфекции в патологии репродуктивной системы женщины, плода и новорожденного //Сб. тезисов конференции «Охрана здоровья матери и ребенка». М., 2000. С. 75-77

2. Долинский А.К. Роль миомэктомии в преодолении бесплодия //Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62, №1 (1). С. 42-47

3. Митюрина Е.В., Пирминова С.Г., Демура Т.А. и др. Рецептивность эндометрия в Программе ЭКО в зависимости от концентрации прогестерона в день введения триггера овуляции. //Сб. научных трудов. Акушерство и гинекология. 2016. С. 156-162

4. Эффективность ЭКО. Причины и факторы, влияющие на частоту наступления беременности. http://ivfamily.com/2015/12/21 (просмотрено 15.10.16).

5. Delvigne A., Rosenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review // Human Reproduction Update. 2002. V.8, №6. P. 559-577.

Самадова Г.А., Дадабаева Б.С., Шарипова Ш.Т., Нуриддинова Д.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДСЕСТРЫ ПО АНТЕНАТАЛЬНОМУ УХОДУ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В 2008 году Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан утвердило документ «Национальные стандарты по антенатальному уходу при физиологической беременности». В 2015 году документ «Антенатальный уход и помощь при физиологической беременности (национальные стандарты)» был доработан, и сегодня семейная медсестра (СМС), оказывая услуги беременным женщинам (БЖ) на дому, опирается на матрицу, включающую основные пункты антенатального ухода и помощи. Но, не смотря на большой объем проводимой семейными специалистами работы, проблемы отсутствия должных знаний в вопросах гигиены и питания во время беременности, симптомов беременности и осложнений, поздняя обращаемость БЖ в медицинские учреждения, домашние роды остаются актуальными и требуют систематического поиска новых подходов в оказании медицинских услуг.

Для повышения качества проведения консультаций по темам, отраженным в матрице национальных стандартов и для подготовки БЖ к родам, по инициативе международной организации Здрав-Плюс, приказом (№ 6 от 22.01.2008 год) Председателя Управления Городского здравоохранения г. Душанбе Темурова А. на базе Городского центра здоровья №1 (ГЦЗ №1) открыт кабинет «Школа подготовки к родам» (Школа), как пилотный проект внедрения института семейной медицины в республике. Были разработаны нормативно-правовые документы, ответственность возложили на семейную медицинскую сестру (СМС), задачей которой явилось проведение обучения беременной женщины (БЖ) необходимым вопросам первичной профилактики, опасным симптомам при беременности и подготовка к безопасным родам.

Цель исследования. Изучить работу семейной медсестры в кабинете «Школа подготовки к родам», впервые открытого в амбулаторной службе республики.

Материал и методы исследования. В 2017 году ГЦЗ №1 обслуживал 77463 населения. Исследуемая группа - беременные женщины (БЖ). Изучены показатели: число направленных БЖ в Школу, процентное соотношение слушателей к общему числу женщин репродуктивного возраста и БЖ объединения; сроки обращения БЖ в Школу; число проведенных консультаций, число партнерских консультаций. Оценка проводилась в сравнительном анализе со стандартами, отраженными в основе документа «Антенатальный уход и помощь при физиологической беременности (национальные стандарты)».

Результаты и их обсуждение. 16471 женщина репродуктивного возраста - 21,3% от общего числа населения (77463 человек), проживают на

территории ГЦЗ №1. В течение года на диспансерный учет по беременности взята 1441 женщина, что составило 8,7% от числа женщин репродуктивного возраста. Из них 68 БЖ были сняты с учета из-за переезда в другие места проживания.

Физиологическое течение беременности отмечалось у 650 (45,1%) женщин, патологическое, требующее внимания как семейного врача, так и врача-гинеколога, было у 791 (54,9%). У 87 беременных была диагностирована преэклампсия, эклампсия, маточное кровотечение, они составили 6,1% от общего числа БЖ, взятых на учет.

Через Школу прошло 1134 (82,5%) БЖ, потеря слушателей составила 239/17,4% человек. С каждым кварталом число слушателей школы росло. Если в 1 квартале записаны 280 (76,9%) БЖ, то в конце года их количество выросло до 1134 (82,5%) БЖ.

Таблица 1

Количество наблюдаемых беременных женщин и посетивших Школу по кварталам 2017 года

Показатель	*Квартал*				*Год*
	1	*2*	*3*	*4*	*2017*
Всего БЖ в ГЦЗ№1	364	1313	1120	1357	1373
Число слушателей БЖ в Школе	280	554	870	1134	1134
% обучающихся в Школе от общего числа БЖ	76,9	42,3	77,6	82,5	82,5
Число БЖ, прошедших обучение	190	230	1100	1134	1134
% обучающихся	67,8	41,5	126,4	100	100

По плану Школы, БЖ должна пройти 1 консультацию, содержащую несколько тем, каждые 10 недель беременности. Таким образом, за антенатальный период СМС Школы проводит все необходимые консультации, согласно национальному стандарту матрицы. СМС провели 1540 полных циклов консультаций. В 1-ом квартале 190 БЖ (67,8%) прошли занятия, во 2-ом - 230 (41,5%), в 3-ем - 1100(126,4%), в 4-м - 1134 (100%) женщин. Число слушателей в 3-4 кварталах резко увеличилось за счет нерегулярных посещений БЖ занятий в начале года, с другой стороны, число занятий увеличилось за счет того, что БЖ для взятия обменной карты проходила за один раз несколько консультаций, возможно, это тоже сказалось на статистических показателях.

Полнота охвата БЖ Школой равняется 82,5%. Основные вопросы матрицы – питание, гигиена, вопросы секса, здоровый образ жизни, опасные симптомы, этапы родов (фильм) - прошли все слушатели Школы. Консультацию «Подготовка БЖ к родам и партнерство» прошли 95% БЖ, посетив Школу с родственниками (2044 БЖ и родственник/и).

Одним из основных принципов дородового наблюдения является своевременное взятие БЖ на учет. Изучение срока первого посещения БЖ Школы позволило установить, что большее число 364 (32,1%) БЖ посетило Школу в сроке 12-20 недель беременности, то есть в период, когда необходимо взять обменную карту. Первую консультацию в сроке до 12 недель получили только 83 (21,9%) женщины с первой и 107 (14,2%) - с повторной беременностью (табл. 2).

Таблица 2

Сроки первого обращения беременной женщины в кабинет «Школа подготовки к родам» за 2017 год

Срок беременности	*Первая беременность*		*Повторная беременность*		*Общее количество*	
	абс.	*%*	*абс.*	*%*	*абс.*	*%*
до 12 недель	83	21,9	107	14,2	190	16,7
с 12 до 20 недель	114	30,2	250	33,1	364	32,1
с 20 до 30 недель	94	24,8	222	29,4	316	27,8
с 30 до 40 недель	87	23,1	177	23,3	264	23,4
Всего	378	100	756	100	1134	100

Таким образом, чуть меньше половины женщин обращаются в Школу в срок для получения полного курса консультаций по стандарту. Но, не смотря на это, по отчетам, все БЖ получили полный набор консультаций, по-видимому, из-за объединения несколько консультаций в одну.

Проведя сравнительный анализ нескольких годовых отчетов, отмечено, что если в 2010 году охват БЖ по отношению к числу взятых на диспансерный учет ГЦЗ №1 равнялся 49,1%, то в 2017 году он поднялся до 82,5%, то есть имидж Школы растет, консультации становятся необходимыми. Такие показатели, как процент нормальных родов - 98,2% БЖ, партнерские роды - 98 родов, говорят о том, что БЖ психологически были готовы к родам и своевременно обратились за медицинской помощью.

Выводы

1. Качество работы Школы повышается с каждым годом: в 2010 году охват БЖ Школой составил 49,1%, в 2017 году - 83,5%.
2. Информированность женщин улучшается, на что указывает добровольное посещение занятий в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антенатальный уход и помощь при физиологической беременности (национальные стандарты). Душанбе, 2015. 100с.

Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ АУТОПАТОГЕНИИ

Кафедра сестринского дела в терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Одним из главных факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья, является неблагоприятный образ жизни, что бывает тесно связано с наличием у человека различных вариантов аутопатогении.

Аутопатогения – это патологические состояния, связанные с действиями человека, которые приносят ему вред. К числу аутопатогении (АП), или «рукотворных» болезней, можно отнести болезни и патологические состояния, связанные с алкоголизмом, курением, наркоманией, токсикоманий, перееданием, гиподинамией, чрезмерным и неоправданным нервным стрессом, игроманией и самолечением.

Условные факторы, формирующие различные проявления АП, могут быть разделены на внешние воздействия и врожденные особенности организма, наличие которых способствует появлению и развитию различных проявлений АП.

Внешние воздействия связаны с макрособытиями, не зависящими от конкретного человека (война, социальные проблемы, нищета, безработица), и событиями, характеризующими микросоциум (семейные проблемы, конфликты на работе, болезни, образование, культурный уровень и др.). Не вызывает сомнения, что влияние макро- и микросоциума тесно связаны между собой [1, 2].

Макрособытия последних 20-25 лет, приведшие нашу республику к демографическому кризису и распространению проявлений АП, особенно таких, как алкоголизм, наркомания, курение, тесно связаны с сопровождающим эти события нервно–психическим стрессом.

Согласно данным статистики, Россия в последние годы вышла на первое место в мире по распространенности курения. Особенно интенсивно увеличивается число курящих школьников и, прежде всего, школьниц. Исследование, проведенное в Санкт–Петербурге, выявило значительную распространенность курения: 53,2% среди мужчин и 27,7% среди женщин.

По данным медицинской статистики, почти 2,6 млн. россиян (1,8% от всего населения страны) вовлечено в тяжелое, болезненное пьянство [1].

Проведенное в 2001 году исследование, посвященное изучению распространенности психических заболеваний (в том числе патологического влечения к азартным играм) в городской популяции, показало, что игроманией в Российской Федерации страдают от 1,27% до 3,12% населения, и входят в группу риска 53% обследованных. Население большинства экономически развитых стран имеет избыточную массу тела, связанную, как правило, с нарушением пищевого поведения, про-

являющимся чрезмерным употреблением пищи. Переедание, возникающее в условиях стресса, -своеобразная форма психической защиты [1, 3].

Самолечение широко распространено во всем мире. Исследования, проведенные компанией «Социоэкспресс» в 1997 г., показали, что 25,4% жителей Москвы занимается самолечением. В целом, в России, особенно на периферии, в отделенных и труднодоступных районах, процент людей, прибегающих к самолечению, гораздо выше.

В настоящее время является актуальным изучение проблемы распространенности аутопатогении и в Республике Таджикистан [4].

Цель исследования. Изучить распространенность аутопатогений среди неорганизованного населения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Данное эпидемиологическое обследование различных регионов Республики Таджикистан было проведено в рамках Государственных программ Правительства Республики Таджикистан по борьбе с сердечно–сосудистыми заболеваниями: Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2007 года №334 «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007-2015 гг.» и Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 октября 2010 года № 560 «Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на период 2011- 2020 гг.».

Проведен скрининг неорганизованного и организованного населения по выявлению основных факторов риска ИБС. На каждого обследуемого заполнялась стандартная анкета ВОЗ. Было обследовано 16500 человек в возрасте 15-64 лет. Среди общей популяции мужчины составили 58% (8262 человека) и женщины - 52% (8238 человек).

Всем обследуемым проводили антропометрические измерения, определяли артериальное давление, заполняли опросники по выявлению курения сигарет и бездымного табака (наса), определяли степень индивидуальной физической активности, потребление алкоголя и уровень психоэмоционального напряжения.

Результаты и их обсуждение. Изучение частоты курения в популяции обследуемого региона республики показало, что из мужчин в возрасте от 15 до 64 лет курили 4419 (53,5%) человек, из них 30,1% - сигареты и 23,4% употребляли бездымный табак (нас). Из 8238 женщин того же возраста курили 302 (3,7%), из них 2,5% - сигареты, 1,2% употребляли бездымный табак (нас).

Наибольшая распространенность курения зарегистрирована среди мужчин 15-24 лет - 59,9%; 25-34 лет - 51,9% случаев. После 45 лет частота курения немного снижается и составляет в 45-54 лет - 46,5% ($p<0,05$).

У женщин частота курения была достаточно низкой, составив в возрасте 15-24 лет - 3,1%; в возрасте 35-44 лет - 2,5%, 45-54 лет - 5,9 %; в 55-64 лет - 2,8% случаев.

В обследованной популяции 3780 из 16500 человек (22,9%) сообщили, что употребляют алкоголь, из них 16,9% - часто, 32,5% - редко, а 50,6% - умеренно. Среднее употребление алкоголя составило 104,2±6,2 г/сутки; у лиц в возрасте от 15 до 44 лет – 114,1±1,7 г/сутки и от 45 до 64 лет - 101,1±6,0 г/сутки. Потребление алкоголя было наиболее распространено среди мужчин 35-44 лет. Так, в возрасте 15-24 лет алкоголь употребляли 46,8% мужчин, 25-34 лет - 34,9%, 35-44 лет - 43,9%. После 45 лет частота употребления алкоголя снижалась и составила в возрастных группах 45-54 лет - 39,3%, 55-64 лет - 22,2% случаев. В женской популяции потребление алкоголя было менее распространено и составило в возрасте 15-44 лет 6,9%-8,0%, в 45-64 года - 3,9%-5,6%.

Заключение. Таким образом, результаты исследования выявили высокую распространенность факторов риска аутопатогении – курения и употребления алкоголя - в Республике Таджикистан.

Аутопатогения имеет очень большую, но еще не до конца осознанную социальную и медицинскую значимость. Реализация национальных программ и проектов, в том числе в области здравоохранения; положительные тенденции динамики демографических показателей вселяют надежду на уменьшение агрессивного влияния курения и употребления алкоголя и могут быть решены следующим образом:

– разрешение социально–экономических проблем;

– подъем производства, развитие систем жизнеобеспечения, здравоохранения, образования, решение жилищных проблем, повышение заработной платы и пенсий, уменьшение социального неравенства и др.;

– государственное регулирование и законодательные ограничения, включая специальное законодательство, в отношении производства, дохода, прибыли рекламы, ценовой политики и в отношении социально пагубных товаров;

– мероприятия по формированию здорового образа жизни, культивирование их всеми доступными средствами, в том числе с использованием средств массовой информации, постоянное информирование населения о последствиях аутопатогении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванчакова Н.П. Зависимость от алкоголя и суицид // Ученые записки Санкт–Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Ма-

териалы 2-го междисциплинарного российского конгресса «Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции». С-Пб, 2008. С.4-8

2. Воронцов И.М. Здоровье детей, пути его обретения и утраты //Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2005. № 3. С. 60-65

3. Гребняк Н.П., Гребняк В.П., Машинистов В.В. Здоровье и образ жизни студентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 4. С. 33-37.

4. Национальная программа профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007-2015 гг. Душанбе, 2007.

Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М., Сафаров М.И., Рахматулоев А.

ИНОВАЦИОННО-СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА, УРОВНЯ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
Центр доказательной медицины

Повышение безопасности жизни пациентов – одна из важнейших задач медицины. Именно симуляционное обучение помогает решать эту проблему во всем мире и в Таджикистане, так как прочно внедряется в систему медицинского образования на всех уровнях как одно из средств оптимизации и повышения эффективности работы лечебных учреждений. Современные технологии симуляционного обучения позволяют решить широкий круг задач в последипломном образовании врачей интернов/ординаторов, давая возможность в рамках существующих программ повышать свою квалификацию без рисков для жизни реальных пациентов. Реформа высшего медицинского образования проводится в соответствии со стандартами качества оказания медицинской помощи и требует совершенствования профессиональной подготовки специалистов. В условиях реформирования системы здравоохранения врач обязан качественно исполнять свои профессиональные обязанности и владеть новыми, в том числе современными, медицинскими технологиями. В связи с этим в подготовку врача–специалиста включены новые принципы обучения, направленные на получение непрерывного медицинского образования с применением современных технологий в медицине [3].

Проявляя заботу о населении, Правительство РТ 30 октября 2010 г. (№560) приняло «Национальную программу формирования здорового образа жизни в РТ на период 2011 по 2020 годы», которая учитывает все вызовы быстро формирующегося цифрового пространства, в том числе потребность в инновационных методах подготовки медицинских кадров.

Согласно современным требованиям подготовки по основным профессиональным образовательным программам послевузовского профессионального образования (интернатура, ординатура), к медицинской практике допущены лица, успешно освоившие дисциплины образовательной программы и завершившие обучающий симуляционный курс [1].

В основную профессиональную образовательную программу послевузовского профессионального образования, независимо от выбранной медицинской специальности, включен симуляционный курс сердечно–легочной реанимации. Цель проведения симуляционного курса - овладение методами сердечно–легочной реанимации, приобретение навыков использования современной аппаратуры, обучение работы в коллективе. Перед проведением симуляционного курса проводилось формирование групп участников. Максимальное количество в группе составляет 6 человек, что позволяет эффективно проводить обучение, уделять должное внимание каждому участнику. Продолжительность курса составляет 7-8 часов. Кроме того, опыт работы показал, что для успешного проведения симуляционной подготовки необходима хорошая теоретическая база обучающихся. Для достижения этой цели всем врачам за 3–4 дня до проведения занятия была сделана рассылка официального перевода

информационного перевода ЕСР по базе сердечно-легочной реанимации (СЛР) Европейским советом по реанимации, и 4–ступенчатая модель преподавания практических навыков, что значительно повышает эффективность обучения [2].

Опыт работы показал, что практически все участники морально не готовы к симуляционному обучению. Они с интересом слушают лекции, задают вопросы, активно работают на 3–й ступени преподавания, но при первоначальном самостоятельном выполнении базовой СЛР на манекене испытывают чувство растерянности, страха, не могут сосредоточиться на алгоритме, забывая его. Свои неудачи объясняют волнением за «пациента», неуверенностью, что у них все получится. В этом случае эффективным являются наличие хорошего контакта инструктора–преподавателя с группой [1, 2].

Наиболее интересными на курсе были практические навыки отработки компрессии грудной клетки, искусственного дыхания. Проведение СЛР двумя участниками способствовало не только улучшению практических навыков СЛР, но и формированию навыков работы в команде, выявлению лидеров среди молодых врачей. Важным моментом является не только выполнение компрессий грудной клетки, но и обучение дефибрилляции. У части специалистов сформировано мнение о трудности работы с АНД, страхе работы с ним. В процессе обучения преодолен этот комплекс, участники курса быстро освоили важный этап оказания первой медицинской помощи. В результате обучения все врачи успешно завершили курс и получили сертификат провайдера [2, 4].

Важным этапом обучения является просмотр видеозаписи симуляции самими участниками, при этом они видят себя со стороны, критически относятся к своей работе, анализируют сделанные ошибки. Акцент делается на формировании коммуникабельных навыков, умению работать в команде, выявлению лидерских способностей в группе. Кульминацией является дебрифинг, что значительно повышает качество симуляционного обучения и совпадает с мнением других авторов. Дебрифинг позволяет провести анализ симуляции, выделить положительные моменты в работе самими участниками и их коллегами, а также акцентировать внимание на слабых сторонах в их работе. В это время молодые врачи осознают всю важность работы, понимая, что успех лечения пациента полностью зависит от профессионального мастерства врача [1, 4].

Проведение занятий в симуляционном центре способствует повышению мотивации к обучению, быстрее формирует ответственность молодых специалистов. В процессе освоения симуляционного курса врач интерн/ординатор должен овладеть навыками диагностики, дифференциальной диагностики, помощи в неотложных состояниях, совершенствовать врачебную технику, получить или закрепить общие и практические знания, умения в объеме требований квалификационной характеристики врача-специалиста. В результате освоения симуляционного курса, у обучающихся формируются общекультурные и профессиональные компетенции, которые помогут стать ему квалифицированным специалистом.

Применение симуляционных технологий призвано повысить безопасность учебного процесса для пациентов и обучаемых; повысить уровень профессионального мастерства и практических навыков медицинских работников всех уровней на учебном этапе, обеспечивая им более эффективный, плавный и безопасный переход к медицинской деятельности. При использовании симуляционных технологий происходит снижение ошибок при выполнении манипуляции, уменьшение осложнений и повышения качества медицинской помощи населению в целом, а также обеспечивается непрерывное профессиональное обучение медицинских кадров в соответствии с современными стандартами [1, 2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 18.04.2012 г. № 16 – 2 /10/2-3902 «О порядке организации проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам»

2. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / под ред. А.А. Свистунова. М: ГЭОТАР – Медиа, 2014. 288с.

3. Чукиев А.В. Совершенствование мастерства на виртуальных тренажерах – настоящее и будущее хирургии // Последипломное образование и наука. 2013. Т. 9, № 1. С. 23-25.

4. Savoldelli G.L., Naik V.N., Park J. et al. Value od debriefing during simulated crisis management: oral versus video – assisted oral feedback// Anesthesiology. 2006. Vol.105. P. 279-285.

Хайридинова Дж., Абдурахимова З.Т., Одилова Г.С.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИКО-ВИЗУАЛЬНОГО СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РАЙОНЕ БОХТАР ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ТГМУ им. Абуали ибн Сино
ЦРЗ Бохтарского района

Актуальность. По данным International Agency for Research on Cancer (IARS), ежегодно в мире регистрируется около 600 тыс. новых случаев рака шейки матки (РШМ), почти каждый второй случай имеет летальный исход. В Европе с 1995 г. ежегодно регистрируется 68 000 случаев, в России – более 12 000. В Узбекистане стандартизованный показатель равен 4,2 на 100 тыс. населения.

В Республике Таджикистан РШМ занимает одно из ведущих мест в структуре онкозаболеваний женской популяции - 17,5% и максимальное число заболевших наблюдается в возрастной группе 45-54 года (35,4%). К 2020 году прогнозируется рост стандартизованных показателей заболеваемости РШМ до 13,9 на 100 тыс. населения [2, 4]. Неудовлетворительный уровень профилактики и ранней диагностики определяет высокий процент запущенных случаев заболеваний, что сводит к минимуму результаты лечения [3, 5].

Надо отметить, что РШМ является одним из немногих онкологических заболеваний, которое можно предотвратить профилактическими мероприятиями (ВОЗ, 1996). Концепцией рабочей группы IARS считается утверждение, что хорошо организованный скрининг предотвращает более 80% новых случаев заболевания, а, следовательно, и смертей от РШМ (GLOBOCAN, 2008).

Инвестиции в программы предупреждения РШМ позволили ряду европейских и североамериканских стран в разы сократить смертность в этой группе онкобольных, прежде всего за счет своевременного выявления и адекватной терапии предраковых состояний ШМ [1, 2].

Однако в Республике Таджикистан до настоящего времени нет четкой стандартизации программы систематического скрининга, не определены эффективные контакты между различными уровнями системы здравоохранения, нет конкретного указания по определению возраста «целевой группы», в которую отводят женщин, имеющих потенциальную возможность заболеть. Безусловно, необходимы определенные условия, время и усилия для обучения и «переучивания» врачей, среднего медицинского персонала и пациенток методам профилактики РШМ.

Цель исследования. Стандартизация визуального скрининга РШМ с учетом национальных особенностей, жизненного уклада и регионального подхода, обучение среднего медперсонала методологии визуального скрининга, разработка единой системы регистрации и перенаправления, выработка тактики ведения женщин в зависимости от результата скрининга, а также оказание помощи организаторам здравоохранения регионального уровня по внедрению в клиническую практику альтернативного варианта скрининга РШМ.

Материал и методы исследований. С 1 по 18 мая 2017 года в рамках проекта «СРЗ Материнское здоровье» при финансовой поддержке ЮНФПА, технической помощи ОО «Таджикский альянс планирования семьи» и при содействии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ было проведено пять трехдневных обучающих тренингов по программе: «Профилактика РШМ» в пилотном районе Бохтар Хатлонской области. В рамках данного проекта на базе ЦРЗ р-на Бохтар проведено обучение 67 сотрудников медучреждений данного пилотного района (8 врачей акушер-гинекологов и 59 акушерок) методу клинико-визуального скрининга.

Система обучения проводилась в три этапа:

- иллюстрированные тематические лекции (№ 12);
- мастер-класс по визуальному скринингу;
- практическая часть - проведение и оценка клинико-визуального метода с использованием сосудистых тестов (VIA и VILI) 132 женщинам репродуктивного возраста.

VI-тест (visual inspection) - простой осмотр и оценка шейки в зеркалах невооруженным глазом.

VIA-тест (visual inspection with acetic acid) - осмотр ШМ после обработки 3-5% раствора уксусной кислоты.

Оценка теста:

отрицательный - окраска эпителия ШМ особо не меняется: остается розовой, может слегка равномерно бледнеть, с гладким рельефом.

сомнительный - равномерное побледнение участков эпителия, рельеф пятен плоский, границы его размыты, очаги поражения быстро исчезают.

положительный - появляются белые пятна, различной интенсивности, плоские или папиллярные, рельефные, могут быть плотными, приподнятыми, с чёткими и выраженными границами. Белый цвет пораженного эпителия долго держится.

положительный, подозрение на рак - видимое изъязвление, новообразование в виде цветной капусты кровоточащее при дотрагивании.

VILI-тест (visual inspection with Lugol's iodine) - осмотр ШМ после обработки 3% раствора Люголя

отрицательный - цвет эпителия шейки матки меняется: окрашивается в темно-коричневый цвет, рельеф гладкий или

сомнительный - на фоне эпителия ШМ расположены разнообразные светло-желтые, коричневатые очаги с нечётким контуром.

положительный - на коричневом фоне эпителия расположены белые-йоднегативные, горчично-желтые очаги с чёткими и выраженными границами.

положительный, подозрение на рак - видимое изъязвление, новообразование в виде цветной капусты, кровоточащее при дотрагивании или окрашивание в желтый или канареечный цвет под действием раствора Люголя.

Одновременно проводились просветительские семинары для женщин, посетивших ЦРЗ.

Далее, с 1-го июня 2017 года до апреля 2018 года, обученным персоналом проводился визуальный скрининг в пилотном районе. Целевую группу составили 22690 женщин репродуктивного возраста от 30 до 50 лет. Кроме целевой группы в скрининге приняли участие 401 женщина до 30 лет и 80 женщин старше 50 лет. В итоге, в рамках проекта за 10 мес. были обследованы 21 162 женщины, что составило 93,3%. По результатам VI-теста женщины разделены на четыре группы: «тест отрицательный», «тест сомнительный», «тест положительный» и «положительный с подозрением на рак».

Была разработана документация для единой системы регистрации и перенаправления пациенток, подготовлены протоколы по VIA / VILI тестам, кольпоскопии и протоколы-заключения по цито-морфологии.

Результаты и их обсуждение. За период с1 июня 2017 г. и до апреля 2018 года экспедиционным методом, при подворных обходах 9 участков в районе Бохтар проведено предварительное тестирование женщин на информированность о методах профилактики РШМ и просветительные семинары для женщин в махаллинских советах, розданы индивидуальные буклеты-приглашения. Были получены информированные письменные согласия женщин на проведение скрининга РШМ.

На территории пилотного района численностью 228 143 ч. женщины репродуктивного возраста составили 25,5 % (57933), из них женщины от 30 до 50 лет - 39,2%.

В ходе проведения визуального скрининга были обследованы 21162 женщины (93,3%). При первичном скрининге «отрицательный» VIA/VILI тест был выявлен у 19632 женщин (92,8%), «сомнительный» - у 1381 (6,5%) и «положительный» тест - у 149 (0,7%) женщин. При проведении скрининга в 5 случаях выявлен тест с подозрением на рак.

Женщинам с «сомнительным» типом VI-теста была проведена противовоспалительная терапия с последующим пересмотром теста. Повторный VIA/VILI-скрининг проведен через 3 месяца: у 35 женщин VI-теста остался «положительный» и 1346 женщин переведены в группу с «отрицательным» тестом.

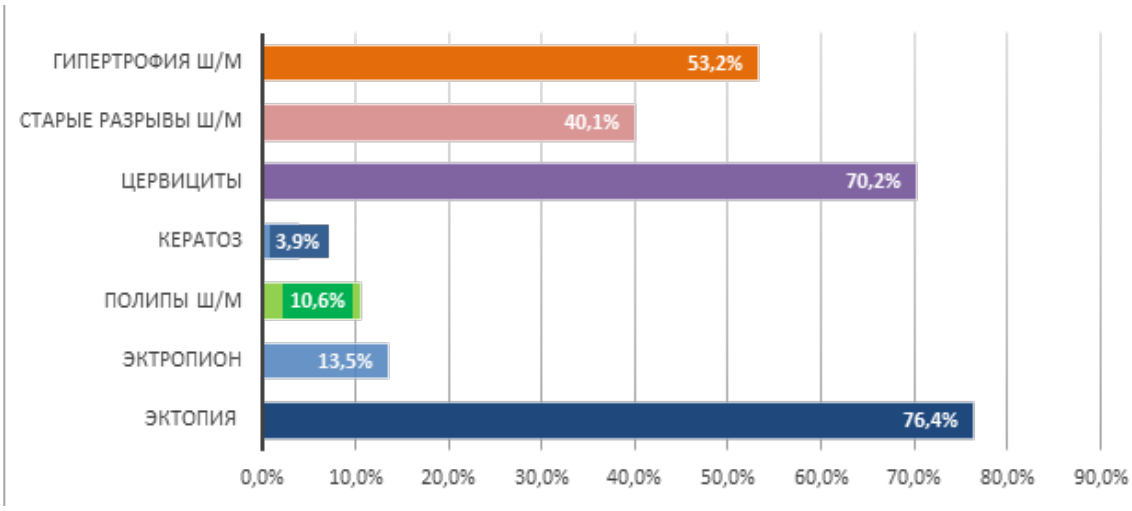
В группе женщин с «положительным и подозрительным на рак» VI-тестом (n=184) был проведен гинекологический осмотр и дополнительные методы исследования: УЗИ-397, кольпоскопия – 627, прицельная цитология – 863, эксцизионные биопсии и конизации шейки матки – 90.

Гинекологические заболевания у обследованных женщин (n=184)

Нозология	***абс.***	***%***
Хр. Эндометриты	116	63,3
Аднекситы	49	26,6
Вагиниты	135	73,4
Нарушения менструального цикла	44	23,9
Кисты яичников	16	8,5
Миома матки	22	11,9
Бесплодие I и II	55	29,9
Недостаточность тазового дна	57	30,9
Полное выпадение матки	8	4,3

При проведении кольпоскопии выявлены следующие патологические состояния шейки матки (рис.).

После проведения лечебно-диагностических мероприятий физио-хирургическими методами (эксцизии, конизации шейки матки и полипэктомии) получены следующие результаты патоморфологического исследования: интраэпителиальные поражения эпителия ш/м – 29, из них: CIN I - 24 (82,8%); CIN II - 5(17,2%) и плоскоклеточная карцинома выявлена в 5 случаях (2,7%). Полипэктомии проведены у 56 женщин, при морфологическом исследовании все образования представлены железистой структурой без атипии.



Патологические и физиологические состояния ш/м

Заключение. Результаты проведенной работы продемонстрировали эффективность и целесообразность метода визуального скрининга, как альтернативы традиционным методам обследования, в отдаленных труднодоступных регионах республики, который позволил выявить доброкачественные 81,5% и предраковые заболевания шейки матки у 15,8%, злокачественные новообразования у 2,7% женщин. В рамках проекта удалось довести информацию женщинам по вопросам профилактики рака ШМ, обучить врачей и средний медицинский персонал практическим навыкам по проведению и оценке клинико-визуального метода скрининга, повысить уровень знаний по правилам консультирования женщин по вопросам профилактики РШМ.

Проведение поиска наиболее рациональных форм профилактических осмотров при наименьших экономических затратах даёт возможность выявлять женщин, имеющих предраковые заболевания шейки матки, а, следовательно, способствовать снижению раковых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексная борьба с раком шейки матки: Краткое практическое руководство. Всемирная организация здравоохранения, 2010. 278 с. URL:http//www.who./int/reproductive#health/publications/cervical

2. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 587. Душанбе, 2009. 84 с.

3. Солимии аҳолӣ ва фаъолияти муассисаҳои тандурустӣ дар соли 2016. // Муассисаи давлатии «Маркази Ҷумҳуриявии омор ва иттиолооти тиббӣ». Душанбе, 2017. 367 с.

4. Умарова С.Г. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы у многорожавших женщин Таджикистана: автореферат. дис… док.мед.наук. Душанбе, 2014.

5. Хайридинова Дж. Особенности заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста в регионе высокой рождаемости: авторефер. дис. канд. мед.наук. Душанбе, 2009. 32 с.

Хамиджанов Э.Х., Курбанов М.Д., Сатторова Ш.Д., Дадобоева Р.И.

К ОБУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПМСП ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра семейной медицины Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Согдийский областной Центр по борьбе с тропическими болезнями

Актуальность. Согдийская область Таджикистана считался эндемическим очагом некоторых тропических заболеваний, таких как малярия, кожный и висцеральный лейшманиоз [2, 3], наносящих огромный ущерб здоровью. При несвоевременном выявлении и лечении больных специальными лекарственными препаратами могут привести к летальным исходам [1, 2, 4].

В Республике Таджикистан с 1950 до 1990 г., как и во всех странах бывшего СССР, осуществлялась целенаправленная работа по борьбе с лейшманиозами, в результате которой заболеваемость некоторыми формами (антропонозная кожная городская форма, висцеральный лейшманиоз) была практически ликвидирована [2]. Тогда еще ежегодно регистрировались только спорадические единичные случаи, в основном в Пенджикентском районе Согдийской области и Дарвозском районе Горно-Бадахшанской автономной области.

Возникшая политическая ситуация в Республике, переросшая в 1992 году в гражданскую войну, неконтролируемая массовая миграция населения, отсутствие мероприятий по борьбе с переносчиками, прекращение работы общих и специальных служб здравоохранения, рост численности переносчиков, резервуаров болезни - грызунов и бродячих собак, отсутствие противомоскитных дезинсекционных обработок, недостаточная санитарно-гигиеническая осведомленность населения привели к ухудшению эпидемиологической ситуации по лейшманиозам в Республике.

Главной сложностью своевременного выявления, диагностики и борьбы с висцеральным лейшманиозом является недостаточное знание кадрового потенциала первичного звена здравоохранения и населения о профилактике данной болезни.

Цель исследования. Изучение распространенности висцерального лейшманиоза в Согдийской области, обучение работников первичного звена здравоохранения, впервые контактирующих с больными, вопросам ранней диагностики болезни по клиническим признакам, современным методам диагностики, а также лечения специальными лекарственными препаратами; выработка у работников ПМСП профессиональной настороженности к лейшманиозу.

Материал и методы исследований. За период с 2003 по 2015 годы в Согдийской области висцеральный лейшманиоз наблюдался у 272 больных, причем с 2003 по 2008 годы он регистрировался только в двух регионах: Пенджикентском и Айнинском.

Распределение больных с висцеральным лейшманиозом в Согдийской области (за 2003-2015 годы)

Наименование городов, районов	*Годы*													
	2003	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*ВСЕГО*
Пенджикент	2	5	8	11	8	7	28	25	18	31	35	34	11	223
Айни	2	1	0	1	1	2	2	1	0	2	7	7	5	31
Истаравшан	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	3	4	13
Диваштич	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Сапитамен	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Зафаробод	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Худжанд	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ВСЕГО	4	6	8	12	9	9	31	26	20	33	49	44	21	272

С 2009 по 2011 годы, кроме этих 2-х регионов, заболеваемость регистрировалась также в Истаравшанском районе, затем в 2012 году - и в Спитаменском районе. С 2013 года заболеваемость висцеральным лейшманиозом регистрируется всего в 7-и регионах Согдийской области (табл.). Около 99% зарегистрированных случаев встречались среди детей раннего и дошкольного возраста. Так, из общего числа 272 заболевших детей в возрасте от 0 до 5 лет наблюдалось 235 (86,4%) случаев лейшманиоза, 5-6 лет – 22 (8,1%) случая, 7-14 лет - 13 (4,8%) случаев. В возрасте старше 14 лет был всего один заболевший и еще один больной - в возрасте 32 года. По половому признаку заболеваемость преобладала среди девочек – 141 (52%), против 131(48%) мальчика.

В населенных пунктах Пенджикентского района (дж. Мугиён, Фони, Пушти Кургон), эндемичных по висцеральному лейшманиозу, в 2012 году кроме клинического исследования больных проводилось исследование венозной крови людей (из 500 - у 20 положительные результаты) и собак (255) с применением экспресс-тестов rk39, а также осуществлялся отлов москитов (2289 экз.) с использованием липкой бумаги и свето-ловушек.

В ходе проведения исследования в Пенджикентском районе было обнаружено 7 видов москитов, из них наиболее вероятными доказанными переносчиками висцерального лейшманиоза оказалась *P.longiductus* и *P.kandelaki.*

Результаты и их обсуждение. За период с 2003 по 2015 годы на кафедре семейной медицины отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ г. Худжанда Согдийской области на 6-месячных курсах переподготовки семейных врачей из числа участковых педиатров, терапевтов и акушеров-гинекологов подготовлено 350 семейных врачей.

Для более широкого освещения и глубокого изучения вопроса висцерального лейшманиоза на кафедре семейной медицины отделения были произведены коррективы в учебных программах 6-месячного курса последипломной первичной специализации врачей по семейной медицине, дополнительно был включен модуль по навыкам диагностики и профилактики лейшманиоза. Согласно новой учебной программе первичной специализации по семейной медицине (1072 часа), для прохождения инфекционных заболеваний предусмотрено 48 часов, из них лекционных - 19, семинарских - 8 часов и 21 час практических занятий. Кроме того, на модуле кожных заболеваний предусмотрено 32 часа, из них - 12 лекционных, 4 семинарских и 16 часов практических занятий. Учитывая актуальность лейшманиоза для Согдийской области, при прохождении этих модулей обучения предусмотрены два иллюстрированных лекционных и семинарских занятия по проблемам лейшманиоза. Кроме того, в течение 6 месяцев при прохождения 21 модуля образования при разборе синдромов «лихорадка», «гепатомегалия», «спленомегалия», «анемия», «лимфоаденопатия», «кахексия» проводится дифференциация с висцеральным лейшманиозом. Все это способствуют выработке профессиональной настороженности к висцеральному лейшманиозу, закреплению теоретических знаний с доведением выполнения практических навыков по диагностике и профилактике этой болезни до уровня профессиональной компетентности.

Для оценки теоретических знаний курсантов по тропическим заболеваниям разработаны 25 тестов, для оценки практических навыков - станция ОСКЭ. По результатам оценки исходного уровня знаний 350 слушателей, количество правильных ответов не превышало 50%, т.е. неудовлетворительно, а заключительный уровень знаний, в среднем, достиг 80–85% - хорошо.

Со стороны Согдийского областного Центра по борьбе с тропическими болезнями проведены обучающие курсы для лаборантов Центров госсанэпиднадзора и лечебно-профилактических учреждений по лабораторной диагностике висцерального лейшманиоза; внедрена экспресс-диагностика с помощью использования специальных тестов с целью раннего выявления висцерального лейшманиоза; внедрено лечение больных с помощью специальных лекарственных препаратов: глюкантим, стибоглюконат натрия и амбизом; проведена частичная дезинсекционная обработка по борьбе с переносчиками висцерального лейшманиоза в отдельных населенных пунктах Пенджикентского и Айнинского районов; налажена взаимная информация с ветеринарной службой области по выявлению и лечению больных животных.

В течение 1994-1999 гг. в связи с отсутствием специфических препаратов для лечения, среди детей, заболевших висцеральным лейшманиозом, было зарегистрировано 14 летальных исходов. За последние годы летальных случаев не было.

Заключение. Повышение теоретических знаний и практических навыков семейных врачей и медицинских сестер по профилактике и диагностике тропических заболеваний, в частности лейшманиоза, а также повышение знаний населения об этих болезнях, тесная работа ПМСП с областным Центром по борьбе с тропическими болезнями, ветеринарной службой способствуют предотвращению дальнейшего распространения болезни в Согдийской области и улучшению результатов лечения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вазианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. Киев: Здоровья, 2001. Т. 2 С. 435-462.

2. Каримов С.С. и др. Руководство по эпидемиологии, клинике, лабораторной диагностике, лечению и профилактике лейшманиозов в Республики Таджикистана. Душанбе, 2014. 128 с.

3. Контроль за распространением лейшманиоза. Технический отчет Всемирной организации здравоохранения. ВОЗ, 2010. 186 с.

4. Чебышев Н.В., Пак С.Г. Инфекционные и паразитарные болезни в развивающих странах. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. С. 274-299.

[1]Ходжаев Ф.М., [1]Гуломова М.О., [2]Холов Ш.М., [3]Соибова С.Д.

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА УРОВНЕ ПМСП

[1]Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Клинический отдел ГОУ ИПОвСЗ РТ
[3]ГУ РУКЦСМ

На протяжении длительного времени вопрос объективной оценки деятельности медицинских организаций остается нерешенным. У каждого специалиста и ответственных лиц, занимающихся по данному направлению, выбор и перечень показателей имеют широкой диапазон.

В научной литературе точкой спора является состав показателей: от выбора универсальной группы показателей до отсутствия единых подходов к выбору критериев и показателей.

В итоге складывается такая ситуация: если, с одной стороны, на основании показателей только статистических данных невозможно выявить объективную картину существующей ситуаций, то, с другой стороны, в результате систематизации обширной базы данных направлений вместе с управленческой и бухгалтерской отчетностью появилась возможность эффективно использовать необходимую информацию для разработки критериев эффективности специалистов на уровне ПМСП. По мнению некоторых исследователей, показатели деятельности и эффективности можно разделить от уровня анализа ситуаций, от эффективности, от формы затрат [2, 5].

Наряду с большинством существующих показателей, которые вроде бы говорят о деятельности медицинских организации, классификация остается условной.

Мы изучили мнение отечественных и зарубежных специалистов, а также законодательство РТ по реформе здравоохранения.

В результате получается, что деятельность структур ЛУ можно рассматривать как плод собственного труда, зависящий от множественных внешних факторов, который совершенствуется.

Так, в условиях перехода к новой системе подушевого финансирования, улучшения материально-технического оснащения, введения Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, ключевыми показателями работы муниципальной поликлиники стали: частота вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению, смертность на дому, количество выявленных онкологических заболеваний, хронические заболевания ССС, соотношение численности жителей района и прикрепленных, а также удельный вес медицинских услуг, оказанных на договорной основе, сроки ожидания гражданами медицинской помощи, объем выявленных случаев отказов в предварительной записи на прием к врачу при контрольном обращении в частных клиниках [1, 3].

В соответствии с Рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций, критериями для оценки деятельности амбулаторно-поликлинических организаций были определены: рациональное использование ресурсов, профилактическая активность, качество медицинского обслуживания. К характеризующим их показателям и индикаторам были отнесены: коэффициент использования дневных стационаров на дому, среднее число посещений в расчете на одного жителя в год, фактический подушевой показатель, финансирование амбулаторной медицинской помощи в рамках реализа-

ции программы государственной гарантии и его соответствие утвержденному нормативу, отказ в оказании медицинской помощи, обоснованные жалобы граждан и т.д. [2, 5].

Безусловно, каждый из этих критериев может играть важную роль при формировании системы оценки, однако, точная и объективная оценка не может базироваться на произвольном наборе показателей, поэтому исследователями было рекомендовано, в первую очередь, проводить осмысление и формулирование цели планируемой оценочной процедуры. С другой стороны, необходимо учитывать, что каждая методология заостряет внимание на различных критериях, подчеркивающих важность тех или иных показателей качества медицинской помощи, что в дальнейшем способствует структуризации их с учетом выделенных факторов.

В связи с этим, следует отметить, что под критерием, как правило, принято понимать признаки (показатели) или принципы, на основе которых осуществляется оценка, сравнение, классификация каких-либо объектов или явлений, формируется оценка качества услуг, лечебно-диагностического процесса и т.п. Показатель – это количественно выраженное определенное свойство изучаемого явления, объекта, процесса.

Индикатор (лат. indicator – указатель) – измеритель, отображающий изменения какого-либо параметра контролируемого процесса или объекта в форме, приемлемой для восприятия человеком. Так, при осуществлении контроля и оценки эффективности управленческой деятельности в здравоохранении, ключевыми критериями, в первую очередь, стали доступность и качество медицинской помощи. Помимо этого, среди современных критериев оценки деятельности медицинских организаций, можно выделить: использование информационных технологий оказание медицинской помощи в соответствии с отраслевым стандартом, текучесть кадров, связь со стратегией вероятность достижения цели и т.д. [1, 4].

Следует отметить, что в зарубежной практике для решения проблемы оптимального выбора критериев обоснованно используется концепция SMART, в соответствии с которой показатели результативности должны обладать следующими свойствами:

• Конкретность (Specific);
• Измеримость (Measurable);
• Достижимость(Achievable);
• Релевантность (Relevant);
• Привязанность к определенному периоду времени (Time-certain).

Однако, базируясь на данных принципах, необходимо учитывать, что при использовании большого числа единичных показателей оценочная система становится громоздкой, плохо управляемой, необоснованно усложняется обработка учетных данных. В связи с этим в поисках оптимального решения исследователи пришли к выводу, что общее количество показателей не должно превышать 20-25.

По данным некоторых авторов, их оптимальное количество должно варьировать от 5-18 до 20-25. При необходимости использования большего количества свойств актуальным остается агрегирование оцениваемых параметров.

Таким образом, начальный этап формирования списка оценочных показателей может носить эвристический характер и отличаться неограниченным набором. В этом случае необходимой интеграцией является обсуждение всего перечня, определение приоритетности, возможностей агрегирования, связи с основными целями, отсев промежуточных и малозначимых показателей. Для снижения их количества в последующем, как правило, применяются методы экспертных оценок, при необходимости рассчитывается коэффициент корреляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашов В.Н. KPI как инструмент результативной и эффективной деятельности // Виттевские чтения. 2014. №1. С. 274-276.

2. Кадыров Ф.Н. Платные медицинские услуги. Нормативные документы. Комментарии. М.: Грантъ, 2000. 493 с

3. Панов М.М. Оценка деятельности и система управления компанией на основе KPI. М.: Инфра-М, 2013. С. 3

4. Прокопенко И., Норт К. Управление эффективность и качеством: модульная программа. М.: Дело, 2001. 800 с

5. Танковский В.Э., Шамшурина Н.Г., Григоров С.В. Экономическая оценка эффективности лечения глазных болезней. //Здравоохранение. 2001. №5. С.49-55.

Шарипов А.А., Нарзулоева М.Ф.

НАҚШИ ТАЪЛИМОТИ БАЪДИДИПЛОМӢ ДАР ҶАРАЁНИ ТАТБИҚИ БАРНОМАҲОИ МИЛЛӢ ВА СОҲАВӢ ДАР НАМУНАИ КАФЕДРАИ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТИИ ДТБКСТҶТ

Кафедраи бемориҳои сироятии ДТБКСТҶТ

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳншавии як қатор бемориҳои сироятӣ вобаста ба шароитҳои иқлимӣ, вазъи сиёсию ҷуғрофӣ ва омилҳои ҷойдоштаи иқтисодию иҷтимоӣ, инчунин ҳолати нисбатан пасти санитарию беҳдорӣ то ҳоло яке аз масъалаҳои мубрам ба шумор меравад. Онҳо дар қатори дигар бемориҳо метавонанд сабаби таназзули иқтисодии кишвар гардида, ба вазъи солимии аҳолӣ низ таъсири манфии худро расонанд.

Бо дарназардошти ин Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон бо фароҳам овардани хизматрасониҳои иҷтимоии муосир ва самарабахш ба аҳолии кишвар, хароҷоти оқилона ба бахши иҷтимоӣ ҷиҳати таъмини дастрасии одилона ба хизматрасониҳои тандурустӣ таваҷҷуҳи махсус зоҳир менамояд. Дар доираи қабули Эъломияи СММ «Мақсадҳои рушд дар остонаи ҳазорсола то соли 2015» як қатор ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқӣ дар сатҳи Ҳукумати ҷумҳурӣ ва Вазорати тандурустии кишвар ба имзо расидаанд, ки яке аз мақсадҳои афзалиятноки он боз доштани сатҳи паҳншавии сирояти ВНМО/БНММ, бемории варача, бемории сил, гепатитҳои сироятӣ, гелминтозҳо ва коҳиш додани миқёси фарогирии онҳо дар кишвар мебошад, муқаррар гардид.

Аз ҷумла, бинобар сабаби хусусияти глобалӣ гирифтани паҳншавии бемории варача ва сирояти ВНМО/БНМО, дар давоми солҳои соҳибистиқлолии кишвар Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон барномаҳои миллӣ, инчунин бо мақсади пешгирӣ, табобати саривақтӣ ва босамари бемориҳои гелминтӣ дар сатҳи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия ва тасдиқ намуд.

Барномаи миллии боздошти интиқоли бемории варача дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Барномаи миллӣ оид ба муқовимат бо эпидемияи вируси норасоии масъунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо қарорҳои дахлдори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, инчунин Барномаи мубориза бо бемориҳои гелминтӣ, ки солҳои охир сатҳи паҳншавии он дар байни давлатҳои минтақаи Осиёи Марказӣ ба таври назаррас боло рафта истодааст, дар асоси тавсияи 54-ум Асамблеяи байналмилалии СММ оиди тандурустӣ (Женева соли 2001) бо фармоиши Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 07.09 соли 2010 (таҳти №519) таҳия ва тасдиқ карда шуд.

Бояд қайд намуд, ки дар баробари самтҳои гуногун ва афзалиятноки амалисозии барномаҳои номбурда, бешубҳа масъалаи бозомузӣ, баланд бардоштани савияи дониш ва малакаҳои амалии кормандони соҳаи тандурустӣ нақши муҳим мебозад.

Кафедраи бемориҳои сироятии донишкада дар баробари тасдиқ гардидани барномаҳои мазкур мавзуҳои дахлдорро вобаста ба самтҳои пешбинигардидаи барномаҳои миллӣ ба барномаҳои таълимии даврахои таҳсил ворид намуд. Инчунин, бинобар сабаби он ки на ҳама вақт беморони гирифтори бемориҳои сироятӣ сараввал ба табибони сироятшинос мурочиат менамоянд ва ҳолатҳои аз ҷониби дигар мутахассисон дуруст нагузаронидани ташхиси тафриқотии ин қабил бемориҳо, ба назар мерасанд ҳамчун фанни умумикасбӣ, машғулиятҳои таълимиро вобаста ба бемории варача ва сирояти ВНМО/БНММ барои шунавандагони дигар кафедраю курсҳои донишкада ташкил намуда аст.

Аз ҷумла дар асоси барномаҳои таҳия намудаи кафедра 18 соати таълимӣ доир ба мавзуи «Бемории варача» барои шунавандагони даврахои таҳсили ординатураи клиникӣ, ихтисосгирии аввалия ва интернатураи клиникии кафедра ва курсҳои донишкада машғулиятҳо гузаронида мешаванд.

Оид ба мавзуи «Сирояти ВНМО/БНММ» бошад, дар кафедраи бемориҳои сироятӣ барномаи таълимии 1 рӯза (6 соат), барои шунавандагони даврахои таҳсили такмили ихтисоси кафедра ва курсҳои донишкада ташкил карда шудааст. Мувофиқи барномаи таълимии номбурда, дар давоми солҳои 2013-2017 ҳамагӣ 282 нафар шунавандагон, даврахои таълимиро дар кафедраи бемориҳои сироятӣ гузаштанд.

Бо мақсади ба ҷараёни таълими даврахои ординатураи клиникӣ, ихтисосгирии аввалия ва интернатураи клиникӣ аз рӯйи тахассуси «Бемориҳои сироятӣ» ва даврахои такмили ихтисоси табибони сироятшинос, ворид намудани мавзуҳои дахлдори барномаҳои миллӣ, модулҳо ва барномаҳои алоҳидаи мавзуӣ таҳия ва тасдиқ карда шудаанд.

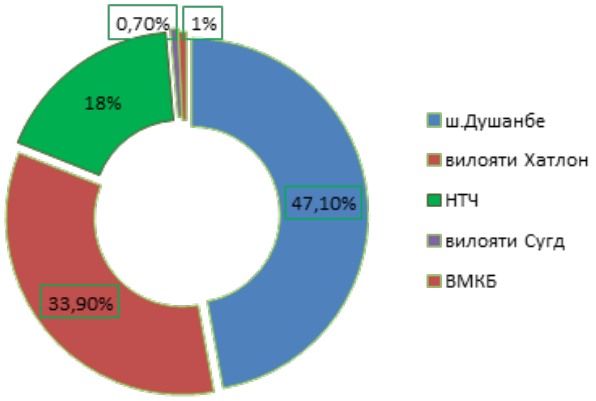
Дар давоми солҳои татбиқи барномаҳои миллӣ ва соҳавии амалкунанда, аз ҷониби кор-

мандони кафедраи бемориҳои сироятӣ як қатор корҳо ба сомон расонида шуданд. Аз ҷумла дар давоми 5 соли охир (2013-2017) дар кафедраи бемориҳои сироятии донишкада ҳамагӣ 61 давраҳои гуногуни таълимӣ, барои 257 нафар мутахассисон, аз ҷумла 173 нафар табибон ва 84 нафар кормандони миёнаи тиббӣ баргузор гардидааст (феҳрасти).

Воридоти мавзуъҳо оид ба барномаҳои миллӣ ва соҳавӣ ба барномаҳои таълимї (солҳои 2013-2017)

Номгӯи давраҳои таълимӣ	*Шумораи соатҳо*		
	Бемории варача	*ВНМО/БНММ*	*Гелминтозҳо*
Ординатураи клиникӣ	36	156	88
Ихтисосгирии аввалияи табибон	36	156	84
Такмили ихтисоси табибони сироятшинос	18	18	36
Ихтисосгирии аввалия ва такмили ихтисоси кормандони миёнаи тиббӣ	18	12	18

Таҳлили муқоисавии аз давраҳои таълимӣ гузаштани мутахассисон дар кафедра вобаста ба минтақаҳои ҷумҳурӣ дар давоми солҳои 2013 – 2017 нишон дод, ки аз шумораи 257 нафар шунавандагони ба давраҳои таҳсил фаро гирифташуда, 121 нафарашон (47,1%) аз муассисаҳои тиббии ш. Душанбе, 45 нафар (17,5%) аз муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳои тобеъи ҷумҳурӣ (НТҶ), 87 нафар (33,9%) аз муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳои вилояти Хатлон, 2 нафар (0,7%) аз муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳои вилояти Суғд ва 2 нафар (0,7%) аз муассисаҳои тиббии ВМКБ мебошанд (расми 1).



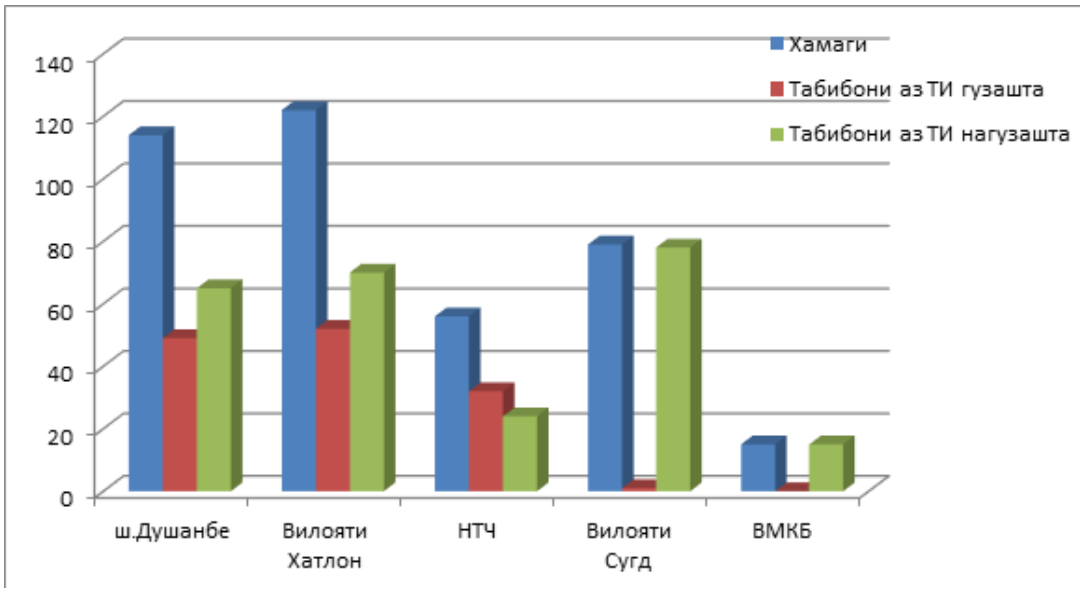
Расми 1. Вазъи аз давраҳои таълимӣ гузаштани мутахассисон вобаста ба минтақаҳои ҷумҳурӣ (солҳои 2013-2017)

Мувофиқи маълумотҳои оморӣ айни ҳол дар муассисаҳои табобатию профилактикии кишвар ҳамагӣ 368 нафар табибони бемориҳои сироятӣ, аз ҷумла 114 нафар дар шаҳри Душанбе (аз ин 74 нафар дар муассисаҳои шаҳрӣ), 56 нафар дар НТҶ, 79 нафар дар вилояти Суғд, 122 нафар дар вилояти Хатлон ва 15 нафар дар муасисаҳои тандурустии ВМКБ фаъолият менамоянд ва тибқи талаботи амалкунанда ин мутахассисон бояд ҳар 5 сол аз давраҳои такмили ихтисос гузаранд.

Таҳлили вазъи аз давраҳои такмили ихтисос гузаштани сироятшиносон дар давоми 5 соли охир (солҳои 2013-2017) нишон дод, ки аз шумораи 386 табибони сироятшинос ҳамагӣ 137 нафарашон, ё ин ки 35,5% аз давраҳои такмили ихтисос гузаштаанд. Аз ин 49 нафарро мутахассисони шаҳри Душанбе, 52 нафарро аз вилояти Хатлон, 32 нафарро аз НТҶ ва 1 нафарро аз вилояти Суғд ташкил менамоянд. Бояд қайд намуд, ки аз муассисаҳои тобеъи ВМКБ ягон нафар сироятшиносон барои гузаштани давраҳои такмили ихтисос муроҷиат накарданд.

Аз таҳлили муқоисавӣ вобаста ба минтақаҳои ҷумҳурӣ бар меояд, ки аз шаҳри Душанбе - 43% (49 нафар), аз НТҶ - 57% (32 нафар), аз вилояти Хатлон 42,6% (52 нафар) ва аз вилояти Суғд 1,3% (1 нафар) мутахасисон барои гузаштани давраҳои такмили ихтисос муроҷиат намудаанд. Бояд ќайд намуд, ки бинобар сабаби амал намудани курси бемориҳои сироятї ва эпидемиология дар шуъбаи дар ш. Хуҷанди вилояти Суґд табибони бемориҳои сироятии вилоят асосан давраи такмили ихтисосро дар курси номбурда мегузаранд (расми 2).

Аз натиҷаи баҳодиҳӣ ба дониши заминавии шунавандагон-мутахассисони ба давраҳои таълимӣ фарогирифташуда, маълум карда шуд, ки он ба ҳисоби миёна 48%-ро ташкил медиҳад. Истифодаи усулҳои муосири таълимӣ бо дар назардошти масъалаҳои мубрам вобаста ба мавзуъҳои дахлдори барномаҳои миллӣ ва соҳавӣ боиси он гардид, ки савияи дониши таълимгирифтагон ба маротиб баланд гардида, натиҷаи тестҳои хотимавӣ ба 88,2% баробар гардид.



Расми 2. Нишондоди аз давраҳои такмили ихтисос гузаштани табибони сирояшинос вобаста ба минтақаҳои ҷумҳурӣ (солҳои 2013-2017)

Хулоса ба ҳамаи он талаботе, ки нисбати амалисозии барномаҳои миллӣ ва соҳавӣ дар бахши бемориҳои сироятӣ, хусусан баланд бардоштани савияи дониши мутахассисони соҳаи тиб равона гардидаанд, нигоҳ накарда, сатҳи дониши кормандони соҳа ҳанӯз ҳам ба талабот ҷавобгӯ намебошад.

Бинобар сабаби пеш омадани бухрони иқтисодӣ ва нисбатан камтар гардидани дастгирии ташкилотҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ ба рушди соҳа, инчунин нокифоя будани маблағгузории муассисаҳои табобатӣ барои аз давраҳои омӯзишӣ гузаронидани кормандони соҳа, марказҳои дахлдорро лозим аст, ки барои баланд бардоштани савияи дониши кормандон оид ба амалинамоии талаботи барномаҳои миллӣ ҳамкориро бо муассисаҳои олии таълимии кишвар ҷоннок намоянд. Чунки бо гузаштани давраҳои такмили ихтисос мутахассисон метавонанд оид ба татбиқ ва амалинамоии мақсадҳои барномаҳои миллӣ ошноӣ пайдо намоянд.

Роҳбарияти муассисаҳои тандурустии кишварро лозим аст, ки барои аз давраҳои такмили ихтисос гузаштани кормандони худ бештар мусоидат намуда, роҳҳои афзалиятноки маблағгузориро оид ба дастгирии кормандонашон, ки ба давраҳои такмили ихтисос фиристонида мешаванд, ҷустуҷӯ намоянд.

Бо мақсади бештар ба давраҳои таҳсил фаро гирифтани мутахассисон, хусусан аз минтақаҳои дурдасти кишвар зарурати гузаронидани давраҳои сайёри таълимӣ ва истифодаи усулҳои муосири таълимӣ, аз ҷумла таълим дар фосила пеш меояд.

[1]Шарипов Ш.З., [2]Рахимов З.Я.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ ООН К 2025 ГОДУ И ПРИОРИТЕТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

[1]Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
[2]Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Определить приоритеты действий в рамках реализации «Стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2013-2023 гг.».

Материал и методы исследования. Использованы методические документы ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ), скринингу населения на модифицируемые факторы риска (ФР) кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ). Изучена структура смертности населения РТ, доля КВЗ в бремени болезней. Внедрены инструменты ВОЗ PEN 1-4 на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), где было охвачено 10 пилотных регионов РТ с населением 90.866 человек в возрасте 18 лет и старше. При поддержке ВОЗ осуществлены STEPS-исследования популяции РТ.

Результаты и их обсуждение. По данным World Health Statistics (2015), доля НИЗ в структуре общей смертности населения Таджикистана составляет 66%. Из этого на сердечно-сосудистые заболевания сегодня приходится не менее 41% всех смертей. Среди стран СНГ стандартизированный по возрасту показатель смертности населения от НИЗ в Таджикистане составляет 753 в расчете на 100 000 населения. Показатель утраченных лет жизни от НИЗ в расчете на 100 000 населения составляет 11 930. В структуре смертности населения на факторы, связанные с деструктивным поведением, приходится до 23%, еще более - 26% - смертей связано с избыточным питанием и ожирением; 19,7% - с курением табака (насвая), 9% - с фактором гиподинамии. В настоящее время нами внедряются технические пакеты Global Hearts ВОЗ/CDC (SHAKE, HEARTS, MPOWER), которые включают конкретные и целенаправленные действия по сокращению потребления соли, контролю артериального давления и высокого холестерина крови. Благодаря этим внедрениям уже сегодня достигнуты успехи в реализации «Национальной стратегии здоровья населения РТ на 2010-2020 годы». Эффективной реализации намеченных программ также способствует реализация «Стратегического плана реконструкции медицинских учреждений на период 2011-2020 годов». В итоге, благодаря реализации намеченных программ, в РТ снизился показатель первичной заболеваемости по АГ с 656,3 (на 100.000 населения, 2000 год) до 508,0 (2016), то есть на 22,6%; по ишемической болезни сердца (ИБС) - 2010/2016 отмечено снижение на 54,5%. При этом средняя продолжительность жизни населения Таджикистана выросла до 76 лет (2017). Однако сегодня нас интересует динамика показателей в направлении реального достижения поставленных ООН «Глобальных целей». Как видно из нашего анализа, цель №1: «**25% относительное снижение общей смертности** от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронического респираторного заболевания» в Таджикистане к 2025 году будет досрочно выполнена, так как уже сегодня мы имеем 18% снижение этого показателя. Цель №2: **«Не менее 10% относительного сокращения вредного употребления алкоголя»** также является вполне выполнимой, так как Таджикистан традиционно мало подвержен этому фактору риска. Цель №3: **«10% относительное снижение распространенности недостаточной физической активности»** благодаря полномасштабному внедрению здорового образа жизни также будет реализована. Выполнение цели №4: **«30% относительное снижение среднего потребления соли»** во многом будет зависеть от реализации программы «HEARTS-TJ» и ее компонентов. Реализация цели №5: **«30% относительное сокращение распространенности употребления табака»** в настоящее время является наиболее трудно выполнимой вследствие распространенности мало контролируемых традиционных способов его потребления (бездымный табак «насвай»). В этом направлении у нас ведутся новые изыскания, утверждена новая редакция «Закона Республики Таджикистан об ограничении использования табачных изделий», в рамках которого предусматривается полный запрет курения в общественных местах, требуется размещение графических предупреждений размером не менее 75% площади на пачках табачных изделий с обеих сторон; включено регулирование употребления насвая, кальяна и электронных сигарет, а также налагается запрет на демонстрацию табачных изделий в местах продажи, рекламу табака и спонсорство. Цель №6: **«25% относительное снижение распространенности повышенного кровяного давления»** выполняется вполне удовлетворительно. Цель №7: **«Остановить рост диабета и ожирения»** не является выполнимой, так как и то, и другое пока безудержно растут. Цель №8: «По меньшей мере **50% людей, имеющих право на получение помощи, получают медикаментозную терапию** и консультирование (включая гликемический контроль) для предотвращения сердечных приступов и инсультов». Принятые в Таджикистане стратегические документы и национальные программы могут существенно повысить доступность медикаментозной терапии. Цель №9: **«80% обеспеченность доступными базовыми технологиями»** может быть выполненной в полном объёме благодаря внедряемым новым протоколам лечения, строгому следованию выбора лекарств из списка базовых, включая дженерики, необходимые для лечения основных НИЗ как в государственных, так и в частных учреждениях, а также широкому внедрению фитотерапии.

Заключение. Внедрение современных профилактических программ, качественная реализация инструментов ВОЗ (PEN 1-4; HEARTS), а также стратегических документов правительства РТ способствуют оздоровлению популяции. Однако для достижения «Глобальных целей ООН к 2025 году» в Таджикистане необходимы дополнительные усилия по широкой интеграции всего общества на пути реализации многофакторной профилактики неинфекционных заболеваний.

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПИЯ

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Садуллаева Дж.М.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) занимают второе место среди всех причин смерти в мире и являются главной причиной инвалидизации взрослого населения. По данным ВОЗ, в 2002 г. в мире от инсульта умерли 5,5 млн. человек [3]. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения. Тяжелые последствия ОНМК, приводящие к инвалидизации больных, высокая летальность, прогрессирующий характер сосудистой патологии мозга, опасность повторных нарушений мозгового кровообращения (НМК), недостаточная эффективность существующих методов лечения и ограниченные возможности реабилитации больных, перенесших инсульт, - все это привело к тому, что профилактика НМК стала приоритетным направлением в ангионеврологии. По данным Национального регистра инсульта Российской Федерации, 80% больных, перенесших инсульт, не возвращается к прежней работе, 15-30% больных остаются стойкими инвалидами, каждому третьему требуется постоянная помощь. Отмечается тенденция к «омоложению» случаев инсульта и инфаркта миокарда [3, 5, 6]. Изменить ситуацию можно только путем создания адекватной системы лечебно-профилактической помощи населению. Впечатляющим примером может служить значительное снижение смертности от инсульта в Японии – стране, переместившейся в короткий срок с 1-го на 16-е место по летальности от инсульта среди 52 стран мира, представляющих отчеты в ВОЗ. Это явилось следствием проведения комплекса мероприятий, среди которых активная борьба с артериальной гипертонией (АГ) сыграла решающую роль. Безусловно, первостепенное значение в развитии и прогрессировании НМК занимают факторы риска (ФР). В связи с этим выявление и контроль ФР развития НМК – это лучший способ его первичной профилактики. По данным ВОЗ, при возникновении 1-2 фактора риска вероятность развития инсульта составляет 6%, 3 факторов и более – 19% [2, 6].

Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим и поддающимся коррекции ФР развития различных форм острых НМК, а также хронических НМК – гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) и сосудистой деменции. Согласно мнению Суслиной З.А. с соавт. [6], существует прямая непрерывная связь между уровнем АД и риском развития ССЗ: чем выше показатели систолического или диастолического АД, тем выше риск развития как инсульта, так и инфаркта миокарда. Риск развития НМК у больных с АД более 160/95 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4 раза, по сравнению с лицами, имеющими нормальное АД (ниже 140/90 мм рт.ст.), а при АД более 200/115 мм рт.ст. - в 10 раз. Риск развития инсульта в популяции людей, страдающих АГ, составляет до 60%. При АГ страдает вся сосудистая система головного мозга: от магистральных артерий головы до микроциркуляторного русла и венозной системы. Артериальная гипертония легко выявляется при профилактических обследованиях, и АД у этих больных хорошо поддается коррекции, что дает возможность высокой эффективности профилактики инсульта путем контроля АД [1,6].

Основными принципами антигипертензивной терапии (АгТ) являются: применение гипотензивных средств и немедикаментозных методов коррекции АД; индивидуальный подбор АгС с учетом не только тяжести и характера АГ, но и сопутствующих факторов – состояния сердечной деятельности, нарушения углеводного и липидного обмена; постепенное снижение АД до целевого уровня; ориентировка больного на практически пожизненное лечение; коррекция сопутствующих факторов риска. По данным Суслиной З.А. с соавт. [6], постоянная АгТ, проводимая в течение многих месяцев и лет, снижает активность симпатической и ренин-ангиотензиновой систем, улучшает состояния сосудистой стенки, что приводит у большинства больных к реадаптации ауторегуляции мозгового кровообращения к более низким

цифрам АД. Крупные исследования показали, что систематическая гипотензивная терапия снижает риск развития инсульта на 20-50%.

Цель исследования. Изучение эффективности АгТ в лечение больных, а также выбор адекватной профилактической гипотензивной терапии цереброваскулярных заболеваний.

Материал и методы исследования. Было обследовано 124 больных с НМК, поступивших в неврологическое отделение ГМЦ. Из обследованных больных женщин – 61 (49,2%), мужчин – 63 (50,8%), из них геморрагическим инсультом – 22 (17,7%), ишемическим инсультом – 102 (82,2%).

Таблица 1

Характеристика групп пациентов с мозговым инсультом

Количество больных	*Геморрагический инсульт абсолютное число – %*	*Ишемический инсульт абсолютное число – %*
Всего	22-100%	102-100%
Женщин	13-59%	48-47, 0%
Мужчин	9-40,9%	54-52,9%

Таблица 2

Количество пациентов с наличием фактора риска АГ

Фактор риска	*ГИ – 22 больных*	*ИИ – 102 больных*
Артериальная гипертония	20-90%	97-95%

Таблица 3

Количество пациентов, принимавших непрерывное профилактическое лечение АгС

Виды терапии	*ГИ*	*ИИ*
Антигипертензивная терапия	11-50%	38-37,2%

Нормализация АД была установлена у 70 пациентов (61%), но в подавляющем большинстве случаев это требовало комбинацию двух и более лекарственных средств. Для снижения АД были использованы различные группы АгС, а также их комбинации. Такие антигипертензивные средства, как диуретики, бета-адреноблокаторы, иАПФ, антагонисты Са и блокаторы ангиотензиновых рецепторов, снижая повышенное АД, уменьшали тяжесть течения инсульта, инфаркта миокарда и смертность от ССЗ, а также облегчали течение процесса и улучшали исход заболевания.

Исследования показали, что назначение иАПФ снижает относительный риск развития инсульта на 30-40% [2, 6, 7]. В основе антигипертензивного действия иАПФ лежит механизм торможения превращения неактивного АТ I в активный АТII, они также подавляют синтез и эффекты АТ II, тормозят активность системы ренин-ангиотензин-альдостероновая системы (РААС). В результате такого фармакологического действия снижается системное АД, общее периферическое сопротивление сосудов (ОППС), улучшается кровообращение в органах, в том числе и в головном мозге, потенцируется эндотелийзависимая вазодилятация. Под действием иАПФ снижается активность симпатической нервной системы, синтез норадреналина. Ингибиторы АПФ несколько более эффективны, чем антагонисты Са, в отношении снижение риска развития инсульта, и, напротив, снижения риска возникновения инфаркта миокарда.

Современные АгС (особенно иАПФ и антагонисты Са) позволяют не только эффективно контролировать АД, но и замедляют прогрессирование атеросклеротического процесса АС, уменьшают выраженность гипертрофии миокарда, улучшают состояние сосудистой стенки и повышают толерантность к углеводам, приближают систему ауторегуляции мозгового кровообращения к нормальным показателям [2, 5-7]. Все изложенные фармокологические особенности АгС учитывались при лечении больных с цереброваскулярными заболеваниями.

Таким образом, анализ такого ФР, как артериальная гипертония, в группе больных с мозговыми инсультами показал, что 60,5% больных не принимали постоянно АгС, а лечились короткими курсами. Больным объяснялась необходимость АгС ввиду опасностей гипертонических кризов и возможностей осложнений в виде инсульта и инфаркта..

Заключение. В настоящее время имеются достаточные возможности для значительного уменьшения и предупреждения возникновения мозгового инсульта, в подавляющем большинстве случаев которого лежит гипертоническая болезнь. Для этого необходимо своевременное выявление лиц с артериальной гипертонией и проведение соответствующей продолжительной адекватной АгТ. Первичная профилактика инсульта имеет большое значение, так как 70% инсультов составляют впервые развившиеся. Необходимо ориентирование больного на лечение практически в течение всей жизни, так как АгС являются первичной и вторичной профилактикой церебральных инсультов. Очень важно повышение образовательного уровня и информированности населения об изменении образа жизни и характера питания. Лечение АГ приводит к снижению частоты случаев инсульта, инфаркта миокарда и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипенко Е.А. профилактика инсульта у пациентов с артериальной гипетензией // РМЖ. 2014. №10. С.3-2
2. Виленский Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом. СПб.: ФОЛИАНТ, 2005. 288с.
3. Неврология: Национальное руководство / под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1040 с.
4. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.:МИА, 2012. 288с.
5. Суслина З.А. и др. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: МЕД-пресс-информ, 2009. 352с.
6. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. М.: МЕД-пресс-информ, 2016. 536с.
7. Шток В.Н. Клиническая фармакология вазоактивных средств и фармакотерапия цереброваскулярных расстройств. М.: МИА, 2009. 584 с.

Ахунова Н.Т., Шукурова С.М., Шоймардонов О.Х., Хочиев А.И., Холиков Р.В.

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра терапии с курсом гериатрии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В последние годы стало особенно очевидным, что наиболее высокая скорость нарастания рентгенологических изменений в суставах наблюдается на ранних стадиях ревматоидного артрита, что коррелирует с неблагоприятным прогнозом. Поэтому исследователи в последние годы уделяют особое внимание раннему ревматоидному артриту (РРА), продолжительность которого составляет до 2 лет от начала болезни. Одним из важных факторов, который может способствовать улучшению прогноза у пациента с ревматоидном артритом, является активное выявление этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практики.

Цель исследования. Установить клинико-лабораторные признаки РРА.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 100 больных с диагнозом «вероятный» РА по критериям Американской Коллегии Ревматологов (АКР). Мужчин - 33 (33%), женщин - 67 (67%), средний возраст больных 36,4 года. Длительность болезни в среднем 3-6 мес. Длительность болезни к моменту поступления в клинику 3,6 мес. У пациентов мужского пола чаще РРА начинается как моноолигоартрит с преимущественным поражением коленных суставов (50%). У лиц пожилого возраста на ранних стадиях РА наблюдается быстропрогрессирующий характер течения с развитием деструктивных изменений в суставах и инвалиизацией уже в течение первого года жизни. Ранний период РА во многом определяет темпы деструктивного процесса в суставах.

Результаты и их обсуждение. На момент обследования у большинства больных (62%) изменения на рентгенограмме отсутствовали или были незначительными. У 72% больных отмечалась функциональная недостаточность I ст., а выраженная функциональная недостаточность суставов (2 ст.) наблюдалась редко (у 16 больных, 16%). У большинства больных (54%) была I ст. активности, что затрудняет диагно-

стику воспалительных заболеваний суставов. Отрицательными по РФ были почти половина больных (48%), что совпадает с мнением Е.Л. Насонова. Согласно рекомендациям EULAR по проведению мониторинга активности болезни, определялось число болезненных, воспалительных и болезненных + припухших суставов. Количество болезненных и припухших суставов у 30 (30%) больных колебалось от 5 до 12, количество воспаленных суставов у 52 (52%) больных – от 1 до 4 суставов, у 18 (18%) больных – более 12 суставов. Таким образом, местные воспалительные признаки у подавляющего большинства больных были хорошо выражены. Индекс Ричи у 60% больных также свидетельствует о высоком местном воспалительном процессе. Индекс тяжести, наоборот, у большинства пациентов (40%) был невысок (1-2 балла), что подтверждается вычислением активности в баллах. В то же время, более чем у 1/3 больных отмечалась активность 2 балла (44%) и индекс тяжести 5 баллов (34%), что обычно наблюдалось при позднем обращении к врачу.

Заключение. Таким образом, РРА характеризуется меньшим поражением суставов, низкой степенью активности, отсутствием РФ почти у половины больных, отсутствием или 1 стадией изменений на рентгенограммах, в то же время выражено местное воспаление суставов и более чем у половины больных отмечались функциональные нарушения суставов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каневская М.З., Немчинов Е.Н., Бокарев И.Н. Суставной синдром. Дифференциальный диагноз и противоревматическая терапия. М.: Практ. Медицина, 2008. С. 103-109

2. Клинические рекомендации. Ревматология: 2005 / под ред. Е.Л. Насонова. М.:ГЭОТАР–Медиа, 2006. С. 214 - 223

3. Клиническая ревматология. Руководство для врачей / под ред. В.И. Мазурова; 2-е изд. перераб. и доп. СПб. С. 256-264

4. Мазуров В.И., Столов Я.И., Якушев В.А., Кардиоваскулярные проблемы в ревматологии //Научно-практич. ревматология. 2016. №1. С. 28-31.

Гаибова З.В., Раджабзода М., Урунбоева Д.С., Файзуллоев Х.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ
ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца является одной из основных причин смертности населения [3, 4], в частности, и в нашей республике [1, 2]. В последние годы в лечении ишемической болезни сердца (ИБС) в Таджикистане успешно осуществляются эндосвакулярные методы – стентирование коронарных артерий, которое является перспективным и малоинвазивным [1, 2].

Цель исследования. Обобщение результатов стентирования коронарных артерий за последние 5 лет у больных пожилого возраста в условиях Республиканского клинического центра кардиологии (РКЦК).

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах диагностики, лечения 22 больных пожилого возраста, находившихся на лечении в РКЦК, которым было проведено стентирование коронарных артерий по поводу их окклюзионно-стенотического поражения.

Во всех случаях показанием к стентированию явилось наличие классической клинической картины нестабильной стенокардии. Средний возраст пациентов составил 72,4±3,2 лет. У 18 пациентов диагностировано 2- и 3-сосудистое поражение коронарных артерий и лишь в 4 случаях – однососудистое. Оценка риска рассчитывалась по шкале TIMI risk score. Средняя сумма баллов составила 6,5±0,2.

Результаты и их обсуждение. У подавляющего большинства больных (91,8%) выявлены тяжелые многососудистые обструктивные поражения коронарных артерий и высокий риск осложнений, рассчитанных по шкале «TIMI risk score». Всего был установлен 51 стент (от 1 до 3 стента). Во всех случаях были установлены

лекарственные стенты с покрытием фирмы «Medtronic». Послеоперационные осложнения зафиксированы у 2 пациентов старше 70 лет. У одного пациента развилась подкожная гематома, которая потребовала выполнения хирургического вмешательства. В другом случае у больного 74 лет, спустя 2 дня развился стент-тромбоз передней межжелудочковой артерии. На исходной коронарографии была выявлена окклюзия огибающей и правой коронарной артерий, которые по техническим причинам не удалось стентировать. В переднюю межжелудочковую артерию были установлены 3 стента. В данном случае имелся очень высокий риск TIMI – 7 баллов, а также сопутствующий сахарный диабет 2 типа. Во всех остальных случаях диагностической коронарографии и стентирования опасных для жизни осложнений, а также желудочковых аритмий и поперечных блокад сердца не было. В связи с этим дополнительная антиаритмическая терапия не проводилась. Летальных исходов у больных, перенесших операцию стентирования, не было. В течение всего стационарного периода наблюдения больные жалоб на приступы стенокардии не предъявляли. Все пациенты были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии с рекомендацией приема плавикса, кардиомагнила, аторвастатина, бета-блокаторов, нитратов.

Заключение. Коронарное стентирование у лиц пожилого возраста при условии строгого соблюдения мер предосторожности, особенно у лиц, имеющих высокий риск осложнений, является эффективным методом лечения нестабильной стенокардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения и деятельность системы здравоохранения в 2015 году. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Республиканский центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2016.

2. Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в РТ на период 2013-2023 годы. Постановление правительства РТ от 3 декабря 2012 года №676.

3. Mathers D.C., Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 // PLOS Medicine. 2006. Vol. 3, No 11. P. 2011-2028.

4. Bhardwaj R. et al. Myocardial infarction in young adults-risk factors and pattern of coronary artery involvement // Niger Med J. 2014. Vol. 55, No 1. P. 44-47.

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Гафурова П.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Городской эндокринологический центр

Актуальность. Одним из наиболее распространённых и тяжёлых осложнений сахарного диабета (СД) является диабетическая нефропатия (ДН). Смертность у пациентов с СД 1 типа в 2,5 раза выше, чем у пациентов без ДН. У больных СД 1 типа в 23 раза выше риск развития почечной недостаточности, чем в общей популяции [3]. ДН, которая проявляется стойкой протеинурией, артериальной гипертензией и снижением функции почек, является причиной терминальной стадии почечной недостаточности [1].

В настоящее время одним из ранних доклинических критериев повреждения клубочкового аппарата почек при СД является исследование микроальбуминурии (МАУ), высокоселективной экскреции низкомолекулярного белка альбумина, являющейся проявлением клубочковой гиперфильтрации и повреждения сосудов почки. По данным различных исследователей, МАУ встречается у 15-40% больных сахарным диабетом 1 типа и её частота увеличивается с длительностью диабета [2]. «Золотым» стандартом диагностики протеинурии является анализ на содержание белка в суточной моче. Однако сбор суточной мочи затруднён из-за ряда неудобств и неточностей при сборе мочи. Для упрощения диагностики МАУ предложено измерять концентрацию альбумина в разовой порции мочи и корректировать это значение по креатинину мочи, измеренному в этой же порции. «Альбумин/креатининовое соотно-

шение», учитывая высокую информативность и лёгкость выполнения вышеуказанного анализа, рекомендовано в качестве основного скринингового теста на МАУ.

Цель исследования. Оценить показатели МАУ в соотношении с креатинином мочи у больных СД 1 типа.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании было обследовано 146 пациентов с СД 1 типа в возрасте 8-38 лет. Из них мужчин было 80, женщин - 66. Средняя продолжительность сахарного диабета составила 10,9 лет. Скрининговый тест на МАУ-креатининовое соотношение определяли экспресс-методом в разовой порции мочи на DCA VANTAGE анализаторе фирмы Siemens (2012). Диагностика ДН проводилась в соответствии с рекомендациями, опубликованными в «Алгоритмах специализированной помощи больным сахарным диабетом» (2015). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критериев Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Всего на МАУ /креатининовый индекс обследовано 146 пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Все пациенты в зависимости от величины МАУ распределены на следующие группы: 1-я группа - МАУ до 30 мг (вариант нормы), 2-я группа - МАУ в пределах 30-150 мг, 3-я группа - 150-300 мг, 4-я группа – свыше 300 мг. В 1-ю группу с нормальным МАУ вошли 108 пациентов (74%), 2-ю группу составили 22 пациента (15%), 3-ю группу - 10 пациентов (6,8%) и в 4-ю группу с МАУ более 300 мг, которая ассоциируется уже с протеинурией, вошли 6 (4,1%) пациентов. Альбумин/креатининовый индекс колебался в группе пациентов с диагностически значимой МАУ от 8,4 до 158 мг/ммоль/л, что в среднем составило 42,3±10,9, и этом показатель коррелировал с уровнем МАУ ($p<0,05$). Анализ величины МАУ от длительности сахарного диабета показал, что с увеличением длительности заболевания и недостаточной компенсации сахарного диабета показатели МАУ достоверно увеличиваются. Так, при МАУ в пределах 30-150 мг, длительность СД 1 типа составила в среднем 6,5 лет, в то время как при МАУ 150-300 мг длительность сахарного диабета составила от 8 до 12 лет, что согласуется с результатами исследований [2].

Заключение. Исследование МАУ в разовой порции мочи, как альбумино/креатининовый индекс, - достаточно информативный метод исследования диабетической нефропатии на ранних стадиях. Выявлена прямая связь МАУ с длительностью сахарного диабета 1 типа и уровнем его компенсации. Раннее выявление МАУ имеет важное диагностическое значение, этот метод необходимо широко внедрять с целью профилактики диабетической нефропатии и хронической почечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казаков С.А., Казакова А.В. Некоторые аспекты диабетической протеинурии // «Актуальные проблемы современной эндокринологии»: Материалы 4-го Всероссийского конгресса эндокринологов. СПб, 2001. С. 83

2. Климонтов В.В., Мякина М.В. Хроническая болезнь почек при сахарном диабете. Новосибирск: из-во НГУ, 2014. С. 44

3. Сунцов Ю.И., Викулова О.К., Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия. М., 2008. С. 27.

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Курбанова Ф.Б.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский клинический центр эндокринологии

Актуальность. В настоящее время рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) в мире приобретает характер неинфекционной эпидемии. По прогнозам ВОЗ, основанном на анализе динамики заболеваемости, к 2025 году рост количества больных СД во всем мире предполагался до 300 млн. человек. Однако, согласно официальным данным ВОЗ уже в 2014

году в мире зарегистрировано 422 млн. больных сахарным диабетом.

За последние годы также увеличивается и распространенность патологии щитовидной железы (ЩЖ). Согласно различным литературным источникам [1, 2], у больных СД 1 и 2 типов повышен риск развития патологии щитовидной железы.

Сахарный диабет и аутоиммунные заболевания щитовидной железы встречаются часто, и за последние годы стало появляться много работ по сочетанию указанных эндокринопатий. Однако, данные различны. В.С. Крутиковым и соавторами (2014) показано, что у больных СД 2 типа патология щитовидной железы встречается в 61,3% случаев, при этом среди больных СД 2 типа нарушения функционального состояния щитовидной железы встречаются в 24,2% случаев, а сочетание СД 2 типа и гипотиреоза выявляется в 19,4% случаев [3]. По данным других авторов сочетание СД 2 типа и первичного гипотиреоза отмечается гораздо реже - в 5-6,9% случаев [2]. При этом гипотиреоз может предшествовать СД, развиваться с ним одновременно или развиться уже на фоне СД.

Известно, что при сочетании СД с дисфункцией ЩЖ ухудшается течение обоих заболеваний. В частности, возможно развитие инсулинорезистентности, острой надпочечниковой недостаточности.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости патологии щитовидной железы по результатам анализа амбулаторных карт больных СД и особенности клинического течения сахарного диабета, сочетающегося с патологией щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Проанализировано 1042 амбулаторные карты больных СД 1 и 2 типов, находившихся под наблюдением в Республиканском клиническом центре эндокринологии. Осуществлялось динамическое наблюдение за больными СД с выявленной патологией ЩЖ. Степень компенсации СД оценивали по уровню гликемии натощак и гликемическому профилю, также контролировался гликированный гемоглобин (Нв А1С). Диагноз тиреоидной патологии устанавливали на основании общепринятых критериев (общеклинические, биохимические, гормональные исследования и ЭКГ).

Возраст пациентов колебался от 28 лет до 80 лет (в среднем 62,4 года). СД 1 типа наблюдался у 6 больных - 0,6%, СД 2 типа - 1036 больных - 99,4%.

Патология щитовидной железы выявлена у 52 (5%) больных СД, ожирение различной степени - у 76 больных (7,2%), акромегалия - у 4 (0,4%), мужчин с патологией ЩЖ было 16 (30,7%), женщин – 36 (69,3%).

Результаты и их обсуждение. Обследованы и находились под наблюдением 52 больных СД и сопутствующей патологией ЩЖ. Наиболее часто патология ЩЖ была представлена эутиреоидным эндемическим зобом I-II степеней, который диагностирован у 24 больных (46,2%), а также с диагнозом смешанный нетоксический зоб – 11 (21,1%), гипотиреоз выявлен у 8 (15,4%), диффузно-токсический зоб - у 3 (5,8%) и многоузловой эутиреоидный зоб - у 6 (11,5%) больных.

У 7 больных с гипотиреозом СД предшествовал заболеванию за 5-8 лет, у 1-го больного с легкой формой СД 2 типа, нерегулярно наблюдавшегося у участкового эндокринолога, гипотиреоз обнаружен случайно при обращении к другому специалисту. Уровень ТТГ при постановке диагноза гипотиреоза был 20,2 мМЕ/л (при норме 0,4-4,0 мМе/л), а св. Т3 и Т4 был при обнаружении гипотиреоза несколько снижен. В одном из наблюдений у больного с длительностью диабета 5 лет и сопутствующим витилиго гипотиреоз, вероятно, имел аутоиммунную природу, возник в возрасте 52 лет и манифестировал проявлениями депрессивного состояния, сонливостью, безучастностью к работе и окружающим. Усиливающаяся сухость кожи, отечность лица и конечностей были расценены вначале, как симптомы декомпенсации диабета, осложнившегося диабетической нефропатией. И только проведенные общеклинические и затем гормональные исследования позволили поставить диагноз «Гипотиреоз». Уровень ТТГ был значительно выше нормы (ТТГ-26,4 мМЕ/л).

Повышенная функция ЩЖ отмечена у 3-х больных с СД, которым установлен тиреотоксикоз средней тяжести. В том числе, СД 1 типа имелся у 1-й пациентки 28 лет с длительностью диабета 6 лет. Появлению тиреотоксикоза у неё предшествовала неблагоприятно закончившаяся беременность. В период лечения тиреотоксикоза у больной наблюдалось неоднократно состояние кетоза.

В двух других случаях тиреотоксикоза у больных СД 2 типа течение заболевания осложнилось офтальмопатией. Заболеванию сопутствовало витилиго у 1 одной из пациенток, что также не исключает аутоиммунный характер поражения ЩЖ.

Необходимо отметить, что у всех пациентов с гиперфункцией ЩЖ, возникшей на фоне СД, по мере устранения симптомов тиреотоксикоза, состояние углеводного обмена улучшилось как по показателям гликемии натощак, так и гликированного гемоглобина.

В группе пациентов с диффузным эутиреоидным зобом назначенная терапия препаратами йодида калия в трети случаев привела к уменьшению объёма щитовидной железы. Какого-либо заметного влияния на течение СД при этой патологии ЩЖ отмечено не было.

Многоузловой выраженный зоб у 4-х пациентов с СД послужил показанием к плановому

оперативному лечению на фоне максимально возможной компенсации СД при появлении симптомов нарастающей дисфагии и дискомфорта.

Заключение. Таким образом, представленный клинический анализ подтверждает, что патология щитовидной железы в различных клинических формах оказывает негативное влияние на течение СД 1 и 2-го типов, что согласуется с исследованиями других авторов [3, 4]. У больных СД могут наблюдаться как эутиреоидный зоб, так и дисфункция ЩЖ в виде тиреотоксикоза или гипотиреоза. Вышеуказанное обусловливает необходимость проведения ежегодного скринингового обследования больных СД 1 и 2 типов для выявления дисфункции щитовидной железы. При сочетании тиреотоксикоза и гипотиреоза с СД ухудшается течение обоих заболеваний, что требует дифференцированного подхода в выборе тактики ведения и лечения указанной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн М.И., Старкова Н.Т. Полиэндокринопатии. Руководство / под ред. Н.Т. Старковой; М., 1996. С. 505-512.

2. Занозина С.В., Рунов Г.П. Сахарный диабет и патология щитовидной железы // Ремедиум-Приволжье. 2015. №6. С.15

3. Крутиков Е.С., Цветков В.А., Глушко А.С., Влияние сниженной функции щитовидной железы на течение и развитие сосудистых осложнений сахарного диабета 2 типа // Международный эндокринологический журнал. 2014. №2. С. 93-96

4. Максутова Н.Н. Клиническое течение сахарного диабета сочетанного с диффузным токсическим зобом // «Актуальные проблемы современной эндокринологии»: материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. СПб, 2001. С. 119.

Қосимов О.И., Муниева С.Ҳ., Салимов Б.М., Каримов Х.А., Бобоеров Н.И.

ТАВСИФНОМАИ КЛИНИКӢ-ИММУНОЛОГИИ БЕМОРИИ ЗАМБУРӮҒИ МИКРОСПОРИН

Кафедраи дерматовенерология бо курси касметологияи МДТ «ДТБКСТ ҶТ»
Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зуҳравӣ ш. Душанбе

Муқаддима. Дар вогирии бемории зоонозии замбурӯғи микроспорон бисер муаллифон вайрон шуданро дар системаи масунияти бадан ва таъғироти умумии кобилияти ҳимоявии бадан меҳисобидан. Нисбати сироятёби аз бемориҳои гуногуни замбурӯғи роли химояи баданро масунияти ҳуҷайравӣ ичро менамояд [1-4].

Мақсади кор ин омӯҳтани нишонаҳои клиникии бемори ва роли таъғироти масунияти бадан дар вогирии бемории замбурӯғи микроспорон мебошад.

Маводҳо ва усулҳо. Нишонаҳои клиникии ин бемори ва таъғироти масунияти бадан дар 69 нафар беморон омӯҳта шуд. Мардҳо 43 нафар (62,3%), занҳо 26 нафар (37,7%). Аз инҳо сокинони шаҳр 39 нафар (56,6%) ва сокинони деҳот 30 нафар (43,4%).

Дар вақти гузаронидани муоинаи профилактикии муассисаҳои кудакона 11 нафар кудакони бемор муайян карда шуданд. Бо худмуроҷиаткуни оиди ёрии тибби 58 нафар дар шакли алоқамандон (4%) муайян гардидаанд. То синни 3 сола 4 нафар (5,8%). Беморон аз синни 4 то 6 сола 15 нафар (21,7%), ва синни 16 то 20 сола 8 нафар (11,6%). Дар 28 нафар беморон (40,6%), факат қисми муйдори сар сироят ёфтааст. Дар 20 нафар беморон (29%) қисми муйдори сар ва пӯсти ҳамвор (асосан дар пӯсти руй) ва дар 21 нафар беморон (30,4%) фаққат пӯсти ҳамвор сироят ёфтаанд.

Давомнокии бемори то 24 ҳафта дар 24 нафар беморон, аз 2 ҳафта то як моҳ дар 21 нафар беморон, аз як моҳ боло 15 нафар ва бе муайян намудани давомнокии бемори дар 9 нафар беморон муайян карда шуд. Дар 35 нафар беморон боз бемориҳои дигар низ дида мешуданд. 4 нафар бо бемории музмини танзилит, 4 нафар бо бемории шаддиди вируси респиратори (ОРВИ), 2 нафар бо бемории бронхити шаддид, 15 нафар бо кирми гиҷа, 3 нафар бо бемории камхуни, 30 нафар бо бемории кариес, 1 нафар бо бемории отити шаддид ва 1 нафари дигар бо илтиҳоби музмини меъда муайян гардиданд. Аз 42 нафари ин беморон маълум гардид, ки дар гузашта 2-3 намуди беморихои гуногунро гузаронидаанд. 17 нафарашон 4 намуди бемориро гузаронидаанд. Ташхиси бемории замбурӯғи микроспорон бо

таври бактериологӣ (дар 43 нафар беморон микроспоруми канис ва дар се нафари дигарашон микроспоруми феругинеум дарфт карда шуд).

Дар беморон як қаттор нишонаҳои ба худ хоси клиникии бемории замбурӯғи микроспорон дида мешавад. Танҳо дар 14 нафар беморон (29,9%), ки қисми муйдори сари онҳо сироят ёфтааст, нишонаҳои зерин дида мешаванд. Шукуфаҳои калони гирди танҳо, доирашакли бо сарҳодҳои аниқ, сурхшавии пӯст, пайдошавии сабусакҳо ва шикастани муйҳо дар баробари 4-6 мм аз сатҳи пӯст. Як адад шукуфа дар 4 нафар беморон, 2-3 адад шукуфа дар 10 нафар беморон дида мешаванд. Дар 34 нафар беморон шукуфаҳои хурди бисёр дида мешавад.

Дар 7 нафари онҳо аз 4 то 7 адад шукуфа, дар 7 нафарашон аз то 12 адад шукуфа ва 5 нафарашон 15-20 ва аз ин ҳам бисёр шукуфа дида мешаванд. Бояд қайд намоем, ки бисёрии ин шукуфаҳо дар ҳаҷми нахуд ва 1-2 см бо марзҳои номуайян, аксарият бо намудҳои муайяншакл ва сурхшавии пӯст ва ҷудошавии сабусакҳо дида мешавад. Инчунин дар аксарияти беморон муйҳои кам шикаста шуда ва дар атрофии онҳо ғилофакҳо вуҷуд надоранд. Намуди трихофитоидии бемории замбурӯғи микроспорони қисми муйдори сар дар 8 нафар беморон бо шукуфаҳои хурд ва шикастани муйҳо дар баробарии 1-3 мм, дар 4 нафар беморони дигар шакли инфилӣтративӣ ва 3 нафари дигар шакли инфилтративии рихинаксорӣ дида мешаванд. Аз 48 нафар беморон 35 нафарашонро писарон ва 13 нафарашон духтарон ташкил медиҳанд. Аз 21 нафар сироятёфтагони бемории замбуруғи микроспрони пӯсти ҳамвор 8 нафарашонро мардҳо ташкил медиҳанд (6 нафар аз 12 то 15 сола, 2 нафар аз 15 сола боло), занҳо бошад 13 нафар (7 нафарашон аз 10 то 15 сола ва 6 нафарашон аз 15 сола боло мебошанд). Дар 3 нафар беморон 2-3 адад шукуфаҳо дида мешаванд, 6 нафарашон аз 4 то 6 адад шукуфа, дар 7 нафар аз 7 то 10 адад шукуфа, дар 5 нафар аз 11 то 20 адад ва зиёда шукуфаҳо дида мешаванд. Дар 15 нафар беморон газаки шукуфаҳо низ дида мешаванд. 2 нафар беморон бо намуди инфилӣтративии рихинаксорӣ, 6 нафар бо сурхшави ва ҷудошавии сабусакҳо дида мешаванд. Андозаи шукуфаҳо 1-2 то 8-10 см ва аз ин зиёдро ташкил медиҳанд. Аз 69 нафар беморон дар 20 нафарашон варами гиреҳҳои лимфатики дида мешаванд.

Муоинаи иммунологӣ дар 36 нафар беморони бо шукуфаҳои хурди бисёр гузаронида шуд, ки аз онҳо дар 15 нафарашон захмҳо дар қисми муйдори сар ва инчунин дар қисми пӯсти ҳамвор ҷойгир шудаанд. Дар 11 нафарашон фақат дар пӯсти ҳамвор ва дар 10 нафарашон дар қисми муйдори пӯсти сар ҷойгир шудаанд. Дар гӯруҳи умуми Е-РОК паст шуда (Р > 0,05)нисбат ва гӯруҳи контроли, миқдори Т-суперсорҳо низ кам шудааст (Р > 0,05) аз рӯи нишондодҳои масунияти гумурали миқдори иммуноглобулини G нисбат ба гӯруҳи контроли дар андозии 1,4 маротиба зиёд буда, миқдори иммуноглобулини М 1,5 маротиба зиёд мебошад, аммо миққдори иммуноглобулини А 1,3 маротиба кам мебошад. Консертратсияи ЦИК дар 69,4%-и беморони замбуруғи микроспорон баланд гардидааст. Вайроншавии иммунологӣ дар гӯруҳи бемороне, ки ҳам пӯсти муйдори сар сироят ёфтааст ва ҳам пӯсти ҳамвор, ва инчунин дар пӯсти ҳамвор бо миқдори зиёд паҳншуда мебошад, дида мешавад.

Ҳулоса. Аз ин натиҷа бароварда гуфтан мумкин аст, ки дар шароити гармии климати Тоҷикистон дар 20 солаи охир, таъғиротҳо дар раванди бемории замбурӯғи микроспорон ба шакли зиёд шудани сирояти қисми муйдори сар ва пӯсти ҳамвор бо паҳншавии бисёр ва инчунин таъғирот дар худи шукуфаҳо низ дида мешаванд. Санҷишҳои иммунологӣ нишон медиҳанд, ки дар бемороне, ки шакли ин бемори паҳншуда мебошад масунияти ҳуҷайравӣ паст шуда, масунияти гумуралӣ фаъол мегардад.

АДАБИЁТ

1. Хисматуллина З.Р. Иммунный аспекты зооантропозных дерматомикозов // Вестн. дерматологии и венерологии. 2012. № 4. С. 14-15.

2. Щелкунова О.А. Клинико-эпидемиологические особенности микроспории и трихофитии, подходы к лечению: автореф. дисс. ... к.м.н., 2013. С. 16.

3. Alteras I. Tinea capitis due to Microsporum in infants // Mycopatologia. 2012. Vol. 82. P. 89-91.

4. Ang C.C., Tay Y.K. Inflammatory tinea capitis: non-healing plaque on the occiput of a 4-year-old child // Ann. Acad. Med. Singapore. 2012. Vol. 39, № 5. P. 412-414.

Мудинов Д., Курбонов Н., Каримова Ш.Б., Комилова М.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Городской центр кожных и венерических болезней, г. Душанбе
Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней,
Лечебно-косметологический центр «Жасмин»

Актуальность. Многие заболевания имеют наследственное происхождение и способны проявляться с самого рождения. Яркое тому подтверждение – атопический дерматит (atopicdermatitis). Развиваясь с раннего детства, он остается пожизненно с человеком.

Под атопическим дерматитом понимается кожное аутоиммунное заболевание, проявляющееся на протяжении жизни каким-либо образом и имеющее наследственность. Недуг не является заразным, проявляясь аллергическим высыпанием. Атопия – это термин, предложенный американскими исследователями в первой половине XX века, который объединял все болезни аллергического характера, имеющие наследственность. Людей, имеющих склонность к заболеванию, называют атопиками. Выдвинута концепция, что основным толчком развития заболевания является иммунный механизм. Атипичная аллергия у детей проявляется невыносимым кожным зудом, многочисленными высыпаниями и увеличенным уровнем иммуноглобулина Е. Проявляется сильная чувствительность к раздражителям аллергического или неаллергического характера. Следует отличать его от псориаза, себорейного и контактного дерматитов, крапивницы, потницы. Атопический дерматит у детей – один из распространенных недугов, проявляющийся на коже в первые 6 месяцев после рождения. Большую склонность имеют дети до года. Диффузный нейродермит, как еще называют данную патологию, часто связывают с другими аллергическими болезнями – бронхиальной астмой или, например, аллергическим ринитом. При запущенных стадиях атипичный дерматит у детей способен приводить к бактериальной инфекции, вызванной стафилококком.

Многие родители, впервые сталкиваясь с нарушениями функций кожи, не могут точно определить, что это такое, путая проявления аллергического дерматита с другими заболеваниями. Места, где чаще происходят высыпания – это лицо, голова, живот, спина, руки, ягодицы, гениталии. Воспаление проявляется покраснениями на коже, ее шелушением. Могут иметь место прыщи, волдыри, которые при расчесывании выделяют жидкость или образуют ранки, что может вызвать инфицирование. При сильном проявлении атопии можно заметить отечность и зуд.

Цель исследования. Были рассмотрены основные препараты для лечения атопического дерматита.

Материал и методы исследования. При назначении общей терапии ведущая роль отводится антигистаминным препаратам, которые назначают перманентными курсами (от 2 недель до 3–4 месяцев), учитывая возможность комбинации антигистаминных средств различных поколений (диазолин утром/днем — тавегил на ночь). Отмечен особый эффект кетотифена (задитен, астафен), оказывающего стабилизирующее действие на мембраны тучных клеток. Следует заметить, что антигистаминные лекарственные средства первого поколения необходимо назначать последовательно, чередуя используемый препарат каждые 7–10 сут. Удобны в практическом применении зиртек и кестин, оказывающие пролонгированное действие, обеспечивающее возможность однократного суточного использования.

Фармакотерапия атопического дерматита средней тяжести предполагает назначение внутрь дезлоратадина по 0,005 г в течение срока до 1,5 мес, лоратадина по 0,01 г 1 раз в сутки в течение 7–10 дней, клемастина по 0,001 г 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней, хлоропирамина по 0,025 г 3 раза в сутки в течение 7–10 дней, эбастина по 10 мг 1 раз в сутки в течение 7–10 дней. Возможно парентеральное введение дифенгидрамина (1% — 2 мл внутримышечно, № 10–15), клемастина (0,1% — 2 мл внутримышечно, № 10–15), хлоропирамина (2% — 2 мл внутримышечно, № 10–15).

Показано внутривенное введение натрия тиосульфата (30% раствора по 10 мл, 10–15 введений), изотонического раствора натрия хлорида (внутривенно капельно, 200–400 мл 2–3 раза в неделю, № 4–7), поливидона (по 200-400 мл 2–3 раза в неделю, № 4–7).

Важная роль отводится седативным и психотропным препаратам, которые назначаются курсами по 2–4 недели (настойка пиона, пу-

стырника, корня валерианы, персен, реланиум, феназепам, мезапам). Из группы витаминных препаратов больным атопическим дерматитом показан витамин А, назначаемый в виде ретинола ацетата и ретинола пальмитата (капсулы, капли). К назначению других витаминных препаратов надо подходить с осторожностью, так как у больных атопическим дерматитом нередко отмечается гиперчувствительность к некоторым витаминам, особенно группы В.

В тяжелых, упорных случаях, при эритродермических формах атопического дерматита возникает необходимость системного применения ГКС. Преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон назначают в средних стартовых дозах (30–40 мг в день) с учетом суточного ритма физиологической выработки стероидов. Во избежание возможного развития вторичных инфекций нередко используется альтернирующий метод лечения (двойная суточная доза через день). Назначение ГКС в повышенных дозах определяет необходимость корригирующей терапии (препараты калия, антациды, анаболические стероиды).

При торпидном течении атопического дерматита назначают циклоспорин в виде капсул или раствора в максимальной дозе 5 мг/кг массы тела в сутки с последующим ее снижением до минимально поддерживающей. Необходимо учитывать, что в случае отсутствия эффекта на фоне применения максимальной дозы препарата в течение 6 недель использование данного средства следует прекратить.

В ряде случаев возникает необходимость применения антибиотиков вследствие развития вторичной инфекции в виде стрепто- и стафилодермий. Наиболее целесообразно в этих случаях назначение эритромицина (1 г в сутки в течение 5–7 дней), азитромицина (0,25–0,5 г в сутки в течение 7–10 дней). В качестве альтернативных препаратов могут выступать тетрациклины. Назначая антибиотики, следует помнить о необходимости традиционной профилактики нарушений микробиоценоза кишечника.

Из физических методов лечения наиболее широко используется светолечение ультрафиолетовыми лучами. Различные по продолжительности (в зависимости от показаний) курсы ультрафиолетового облучения обычной кварцевой лампой, ПУВА-терапии или селективной фототерапии в значительной степени подавляют процессы иммунного воспаления в коже и уменьшают зуд. Не следует забывать, что естественный солнечный свет сам по себе обладает отличным терапевтическим эффектом в отношении атопического дерматита, благодаря чему летом больные чувствуют себя значительно лучше.

Заключение. Таким образом, современный арсенал средств различного характера и направленности действия позволяет осуществлять взвешенный и рациональный подход к ведению больных атопическим дерматитом, с учетом патогенеза, течения заболевания, а также возможностей врача и пациента. Объединив совместные усилия различных специалистов, давно известные методы и новые подходы к терапии больных, позитивно изменив настрой пациента, мы сможем ближе подойти к решению сложной медико-социальной проблемы лечения атопического дерматита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнова Г.И. Современная концепция лечения атопического дерматита. - М., 2012.

2. Scheinmann P., Pham Thi N., Karila C. et al. Allergic march in children, from rhinitis to asthma: management, indication of immunotherapy // Arch. Pediatr. 2012. Vol. 19, N 3. P. 330-334.

3. Bussmann C., Weidinger S., Novak N. Genetics of atopic dermatitis // J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2011. Vol. 9, N 9. P. 670-676.

4. McGrath J. A. Profilaggrin, dry skin, and atopic dermatitis risk: size matters // J. Invest. Dermatol. 2012. Vol. 132, N 1. P. 10-11.

5. Boguniewicz M., Leung D. Y. Atopic dermatitis: a disease of altered skin barrier and immune dysregulation // Immunol. Rev. 2011. Vol. 242, N 1. P. 233-246.

6. Heimall J., Spergel J. M. Filaggrin mutations and atopy: consequences for future therapeutics // Expert Rev. Clin. Immunol. 2012. Vol. 8, N 2. P. 189-197.

Муниева С.Х., Касымов О.И., Салимов Б.М., Ахмедова М.А., Ахмедов Ф.А.

ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗА СТОП С ОНИХОМИКОЗОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ
Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, свыше 1/3 населения Земли страдает грибковыми заболеваниями. Особого внимания заслуживает проблема микозов стоп с поражением ногтевых пластинок, которое наблюдается у 20-55% больных микозами, особенно среди жителей городов, лиц пожилого и старческого возраста, трудно поддающегося лечению, склонного к рецидивированию

Основными возбудителями онихомикоза являются антропофильные грибы Trichophyton rubrum и Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale, значительно реже Candida albicans и плесневые грибы, частота заболеваемости которыми различна как в различных регионах мира, так и внутри отдельных стран [1, 2].

В патогенезе микозов стоп с онихомикозом, наряду с метаболическими изменениями, факторами, снижающими физиологическую защитную функцию кожи, периферическими ангиопатиями, нарушениями сосудистого тонуса и трофики вегетативного генеза, различными деформациями стоп, важное значение придается иммунологическим нарушениям, изменению в фагоцитарной системе.

Причины развития болезней кожных покровов при сахарном диабете (СД) вполне очевидны. Следствием инсулинового дисбаланса становится высокое содержание сахара в любых биологических жидкостях и тканях организма. Различные изменения кожи у больных СД обусловливают нарушение ее резистентных свойств. Они выражаются в снижении функции потоотделения и поступления на поверхность кожи жирных кислот, в результате чего реакция кожи сдвигается в щелочную сторону. Это способствует росту и развитию грибковой флоры. Сухая кожа склонна к проявлениям гиперкератоза - трещинам, омозолелостям, увеличению содержания кератина в единице объема. Кератин является питательной средой для дерматофитов, а трещины, образующиеся в результате избыточной сухости, - входными воротами для грибковой и бактериальной флоры. Частота микозов стоп у больных СД, по данным литературы, в значительной степени варьирует, и связано это как с обследуемым контингентом больных (возраст, тип и длительность диабета, наличие хронических сосудистых осложнений, степень их выраженности), так и с методикой обследования пациентов. Согласно результатам ряда исследований, онихомикозы стоп встречаются у 1/3 больных СД, составляя 32%. По данным других авторов, частота микозов стоп у больных СД не выше, чем в популяции недиабетических больных. Убедительных данных о преобладании поверхностных трихофитий у больных СД не получено [3, 4].

В настоящее время для лечения микозов стоп применяются высокоэффективные системные антимикотические препараты: итраконазол, тербинафин, флуконазол. Системные антимикотические препараты действуют на цитоплазматические мембраны клеточных стенок грибов. Основной мишенью их воздействия является эргостерол, необходимый для размножения грибковой клетки. Ингибирование синтеза эргостерола в зависимости от механизма действия препарата происходит на разных уровнях формирования клеточной стенки. По рекомендации Европейской ассоциации дерматовенерологов, препаратом выбора при лечении онихомикоза является тербинафин.

Тербинафин оказывает как фунгистатическое, так и фунгицидное действие. В роговой слой попадает в основном путем экскреции сальными железами, а также путем пассивной диффузии. Препарат накапливается в коже и ее придатках (волосах, ногтевых пластинах) и сохраняет свою активность в течение 6-9 месяцев после окончания приема. Максимальной активностью тербинафин обладает в отношении грибов-дерматофитов. В меньшей степени действует на плесени и дрожжеподобные грибы. Тербинафин оказывает выраженный антибактериальный, а также противовоспалительный эффекты, что делает его незаменимым при лечении дерматофитий с выраженным экссудативным компонентом, осложненных вторичной инфекцией.

Цель исследования. Изучить эффективность тербинафина в лечении онихомикоза стоп и кистей у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 30 пациентов с микотическим поражением кожи стоп и ногтевых

пластин, больных сахарным диабетом (основная группа). Контрольную группу составили 20 больных с микозом стоп и онихомикозом, у которых при обследовании и в анамнезе не отмечено изменений в содержании сахара в крови.

В основной группе женщин было 18 (60%) человек, мужчин - 12 (40%), в контрольной – соответственно 11 (55%) и 9 (45%). Средний возраст обследованных больных основной группы составил 52,3 года, контрольной –49,4 лет. Продолжительность болезни среди больных обеих групп колебалась от нескольких месяцев до 20 и более лет. Следует отметить, что у большей части больных как основной, так и контрольной групп заболевание носило медленно-прогрессирующее течение. У всех больных онихомикоз начался с поражения кожи стоп, ногтевые пластинки вовлекались в процесс значительно позже (через несколько месяцев, а в большинстве случаев - через несколько лет). Большинство больных неоднократно лечились у дерматовенерологов, хирургов, но безуспешно. Более 80% больных с СД получали инсулин в качестве сахароснижающей терапии.

Методы исследования: клинические (установление диагноза, контроль эффективности лечения), бактериоскопические (микроскопия на наличие элементов грибов), бактериологические (выделение грибных изолятов в чистые культуры), биохимическое (исследование содержания сахара крови). Лабораторное подтверждение грибковой этиологии поражений проводили с помощью прямой микроскопии патологического материала и выделения грибных изолятов в чистые культуры на среде Сабуро (культуральное исследование).

Всем пациентам обеих групп было проведено лечение тербинафином в лекарственной форме эрбинол (Македония) по 250 мг один раз в сутки, курс приема препарата при онихомикозе стоп без поражения ногтя большого пальца составил 3 месяца, при поражении ногтей больших пальцев – 4 месяца. Местная терапия заключалась в удалении пораженных ногтей с помощью кератолитического пластыря - 20% уреапласта. В зависимости от толщины ногтевой пластинки уреапласт меняли каждые 2-3 дня. В дальнейшем в ногтевые ложа и кожу стоп и кистей втирали 1% мазь клотримазол 2 раза в день, который использовали и после окончания системного лечения эрбинолом еще 2-3 месяца у больных с поражением ногтевых пластин больших пальцев стоп (до полного их отрастания).

Результаты и их обсуждение. При клиническом обследовании выявлено, что дистально-латеральная клиническая форма онихомикоза наблюдалась у 11 (55%) пациентов контрольной группы и у 11 (36,7%) – основной, проксимальная подногтевая - соответственно у 2 (10%) и у 4 (13,3%), поверхностно-белая у 1 (5%) и 2 (6,7%), относительно тяжелый тотально-дистрофический вариант онихомикоза – у 6 (33,3%) и 13 (43,3%). Мужчины в обеих группах относительно тяжелыми формами онихомикоза (тотально-дистрофическая и проксимальная подногтевая) болели чаще, чем женщины. Эти формы онихомикоза отмечались преимущественно у больных с длительностью заболевания более 10 лет. Онихомикоз только ногтей больших пальцев стоп определен у 2 (6,7%) из 30 больных СД, в контрольной группе – у 3 (15%), по 4 ногтя (первого и пятого пальцев стоп) были поражены – соответственно у 4 (13,3%) и 5 (25%) пациентов, по 6 - 9 ногтей – у 11 (36,7%) и 7 (35%), все 10 ногтей стоп – у 13 (43,3%) и 5 (25%). У 6 (20%) больных СД и 3 (15%) в контрольной группе, кроме этого, наблюдался онихомикоз 1 – 3 ногтей кистей.

При бактериологическом исследовании у 14 (46,7%) больных СД с ногтей стоп высеяна была культура гриба Trichophyton rubrum, у 7 (23,3%) – Candida albicans, у 7 (23,3%) - Tr. Mentagrophytes var.interdigitale, у 2 (6,7%) - E. floccosum.

В этиологии микоза стоп и онихомикозау пациентов контрольной группы Trichophyton rubrum был ответственен в 65% случаев (у 13 больных), Trichophyton mentagrophytis var.interdigitale - в 30% (у 6), Candida albicans - в 5% (у 1).

Лечение больные обеих групп перенесли хорошо, побочных действий и осложнений отмечено не было. Эффективность проведенного лечения с использованием эрбинола у больных основной и контрольной групп была разной. Отличные результаты (клинико-микологическое выздоровление) после лечения к концу 6-го месяца наблюдения у пациентов контрольной группы были достигнуты в 85% случаев (у 17 больных), через 9 месяцев – в 90% (у 18 больных), в то время как в группе больных с сопутствующим сахарным диабетом - соответственно у 20 (66,7%) и 22 (73,3%).

Заключение. Таким образом, исследования показали, что наличие СД отрицательно отражается на клиническом течении и лечении микоза стоп у больных с онихомикозом: относительно тяжелые формы (тотально-дистрофическая и проксимальная подногтевая) онихомикоза у больных СД встречаются в 1,4 раза чаще, чем в группе сравнения, в 1,3 раза больше больных с множественными поражениями ногтевых пластинок, в этиологии онихомикоза в 4,6 раза увеличивается доля Candida albicans, на 27% снижается эффективность системного антимикотического препарата Эрбинол.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акышбаева К.С., Дсургалиева М.Х., Тонконогова Н.В. Этиологический спектр возбудителей микозов стоп у больных с нарушениями углеводного обмена // Успехи медицинской микологии: матер. юбил. конф. по мед. микологии к 100-летию З.Г. Степанищевой. М.: Нац. академия микологии, 2013. С. 126–128.

2. Краснова Н.А., Макаров Ф.Ю. Распространенность онихомикозов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и оценка факторов риска // Успехи медицинской микологии: матер. юбил. конф. по мед. микологии к 100-летию З. Г. Степанищевой. М.: Нац. академия микологии, 2013. С. 181–182.

3. Косихина Е.И. Клинико-патогенетические параллели микогеннной аллергии // Успехи медицинской микологии: матер. юбил. конф. по мед. микологии к 100-летию З. Г.Степанищевой. М.: Нац. академия микологии, 2013. С. 272–275.

4. Faergemann J., Baran R. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of onychomycosis // Br. J. Dermatol. 2004. Vol. 149, Suppl. 65.P. 1-4.

Муниева С.Х., Таджибаев У.А., Раззоков Х.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИГМЕНТИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ

Актуальность. Витилиго – самый распространённый хронический дерматоз, характеризующийся дисмеланозом кожи, популяционная частота которого, по данным разных исследователей, в различных климатогеографических зонах мира составляет от 1 до 4 % [1, 4], в отдельных регионах Центральной Азии достигает 10% [3]. Им одинаково часто болеют мужчины и женщины любого возраста, любой расовой принадлежности. Заболевание у подавляющего большинства больных протекает без субъективных ощущений. Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез витилиго остаются до конца не раскрытыми, ввиду чего эффективных средств и методов его лечения до настоящего времени нет [2, 3].

Цель исследования. Изучение клинико–иммунологической эффективности комплексного метода лечения больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 33 больных витилиго (19 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 15 до 45 лет. Средний возраст больных составил 27,8±1,5 лет. Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 и более лет, в среднем составив 4,3±0,7 лет: до полугода дерматозом болели 8 (24,2%) пациентов, до 1 года – 6 (18,2%), от 1 года до 3 лет – 7 (21,2%), 4 – 5 лет – 5 (15,2%), свыше 5 лет – 7 (21,2%). Локализованной формой заболевания страдали 12 (36,4%) больных, распространенной – 21 (63,6%). Фокальной разновидностью локализованной формы витилиго болели 7 (21,2%) пациентов, у 3 из которых отмечался невус Сеттона, сегментарной – 5 (15,2%). Из распространенных форм дерматоза вульгарный вариант наблюдался у 13 (39,4%) больных, акрофациальный – у 8 (24,2%). Площадь депигментации кожи, которая определялась по размеру ладони, у 4 (12,1%) больных составила 1-2% поверхности тела, у 8 (24,2%) – от 3 до 10%, у 16 (48,5%) – 11-40%, у 5 (15,2%) – от 41 до 70%.

Причину возникновения витилиго 15 (45,5%) больных связывали с нервно-психическими переживаниями (смерть близких, неприятности в семье, на работе), у 5 (15,2%) проявления заболевания возникли на месте ожогов, травм. 13 (39,3%) больных появление заболевания ни с чем не связывали. Наследственная отягощенность по витилиго выявлена у 9 (27,3%) больных: у 5 (15,2%) по отцовской линии, у 4 (12 ,1%) – по материнской.

Содержание основных провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО) в сыворотке крови больных определяли методом иммуноферментного анализа из наборов тест-систем «ИФА-БЕСТ». Результаты анализов представляли в качестве среднего значения. Для анализа статистических различий использовали t-критерий Стьюдента. Различие $p<0,05$ считалось статистически значимым.

Всем больным было проведено лечение системным препаратом пигментин и раствором для наружного применения хлорметина гидрохлорид (оба препарата производятся в КНР). Оба препарата используют, по рекомендации производителей, при лечении больных

витилиго. Пигментин в дозе 0,1 назначается внутрь по 4 таблетки 3 раза в день после еды. Раствор хлорметина гидрохлорид используется наружно на очаги депигментации 1-2 раза в день. Продолжительность общего лечения составляет 3 месяца, местного - до 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что у больных витилиго наблюдается воспалительный процесс, приводящий к значительному повышению у них содержания всех исследованных провоспалительных цитокинов. Концентрация ИЛ-6 у больных составила 4,55±0,31 пг/мл, что в 1,6 раза превышало данные контрольной группы (2,86±0,18 пг/мл, $p<0,001$), ИЛ–8 – в 1,9 раза (6,57±0,43 пг/мл у больных против 3,46±0,22 – в контрольной группе, $p<0,001$), ФНО-α – в 1,5 раза (соответственно 12,66±0,72 и 8,45±0,52 пг/мл, $p<0,001$)

Все больные лечение перенесли хорошо, осложнений не было. Побочные явления в процессе лечения в виде метеоризма отмечали 4 больных, запоры были у 3 больных, диарея – у 2. После назначения соответствующего лечения эти побочные действия у всех больных прошли в течение 3-5 дней, в связи с чем основное лечение не прекращалось. Результаты лечения были следующими: клиническое выздоровление (100% репигментация очагов витилиго) достигнуто у 20 (60,6%) больных в сроки от 3 до 6 месяцев лечения, значительное улучшение (репигментация более 75% площади поражения) – у 5 (15,1%), улучшение (репигментация до 50-75% площади депигментированных пятен) – у 4 (12,1%), без эффекта (репигментация до 30%) – также у 4 (12,1%).

Клиническое выздоровление получено у всех 100% больных с фокальной и сегментарной формами витилиго (соответственно 7 и 5 пациентов), у 5 (38,5%) из 13 больных вульгарным витилиго и 3 (37,5%) из 8 – акрофациальным.

Полная клиническая ремиссия отмечена у всех 12 больных с площадью поражения от 1% до 10% поверхности кожного покрова, у 7 (43,8%) из 16 с площадью депигментации от 11% до 40% и у 1 (20%) из 5 - с поражением более 40% поверхности тела.

Результаты лечения положительно отразились на динамике иммунологических нарушений. Содержание ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотке крови больных витилиго нормализовалось, а ИЛ-8 – имело тенденцию к нормализации.

Заключение. Таким образом, исследования показали хорошую эффективность общего и местного использования препаратов пигментин и хлорметина гидрохлорид при лечении больных витилиго: клиническое выздоровление и значительное улучшение достигнуто в 75,7% случаев, нормализовалась концентрация 2 из 3 исследованных цитокинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабешко О.А., Ломоносов К.М., Гилядова Н.И. Роль цитокинов в патогенезе витилиго// Рос. журн. кожн. и венер. болезней. 2012. № 3. С 37 - 41.

2. Кошевенко Ю.Н. К вопросу о причинах гибели меланоцитов при витилиго. Иммунологические механизмы // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. 2001. № 6. С 63 - 70.

3. Кузьмина Т.С., Ткаченко С.Б., Потекаев Н.Н. Витилиго: патогенетическое обоснование использования лазера.// Экспер. и клин. дермато-косметол. 2005. № 4. С 14-16.

4. Хасанов Д.С., Тэн В.Н., Ваисов А.Ш., Рахматов А.Б. Дифференцированные методы лечения больных витилиго // Вестн. Дерматол. ивенерол. 2002. № 3. С. 32-34.

5. Alkhateeb A., Fain P.R., Thody A. et al. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their relatives. //Pigment Cell Res. 2003. Vol. 16. P. 208-214.

[1]Нижевич А.А., [1]Сатаев В.У., [1]Ахмадеева Э.Н., [1,2]Валеева Д.С., [2]Якупова Г.М., [1,2]Ахметшин Р.З.

ФАКТОРЫ РИСКА АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

[1]ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет" МЗ РФ
[2] ГБУЗ "Республиканская детская клиническая больница МЗ РБ"

Актуальность. Распространенность рецидивирующей головной боли (ГБ), рецидивирующей боли в животе среди школьников достаточно высока [1, 2]. К наиболее распространенным причинам этих болей относятся заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), прежде всего

функциональная диспепсия (ФД), что определяет потребность углубленного изучения причин ее формирования [3, 4]. Нередко у пациентов наблюдается сочетание нескольких болевых синдромов, в том числе сочетание желудочно-кишечных жалоб с ГБ. В настоящее время причинно-следственные связи в развитии ФД и ГБН продолжают обсуждаться.

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на течение абдоминального болевого синдрома у детей с функциональной диспепсией.

Материал и методы исследования. Всего в исследование включено 198 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет включительно (средний возраст 14 лет), в том числе 112 девочек и 86 мальчиков. Сформированы группы пациентов: 1. дети с функциональной диспепсией с двумя болевыми синдромами - абдоминальной болью и головной болью напряжения – 118 детей; 2. дети с функциональной диспепсией с жалобами только на абдоминальные боли – 16 детей; 3. дети с головной болью напряжения без каких-либо гастроэнтерологических жалоб – 64 ребенка.

Диагноз ФД у детей устанавливался на основании Римских критериев IV после проведения стандартного обследования. Больные с органической патологией желудочно-кишечного тракта, в том числе H. pylori-ассоциированной, гельминтозами были исключены из исследования. Кроме того, критериями исключения было наличие симптомов тревоги, а именно: необъяснимой лихорадки, потери массы тела, постоянной рвоты, гастроинтестинальных кровотечений, ночной диареи и других.

Установление типа ГБ проведено согласно критериям диагностики Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью, третьего пересмотра (бета-версия).

В исследовании нами использованы следующие методы: 1. опрос по разработанной нами анкете для болевых синдромов у детей и подростков, за основу которой принят опросник, разработанный социологическим факультетом МГУ, международным обществом по изучению головной боли; 2. проведение теста Филипса для определения уровня школьной тревожности.

Оценка различий величин проводилась с использованием t-критерия Стьюдента. Наличие взаимосвязи между признаками устанавливалось с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Достоверными считались значения $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализируя возраст начала АБ и ГБ болей, у большинства детей ГБ и АБ появились примерно в одно и то же время – 47,5% (56 детей), у 21,2% (25 детей) раньше возникли АБ, а у 20,3% (24 ребенка) жалобы на ГБ начинались раньше АБ по возрасту, 11% (13 детей) не смогли точно указать начало болевых синдромов.

В результате проведенного многофакторного анализа на частоту эпизодов АБ у детей оказывали статистически значимое влияние следующие показатели:

1. индекс массы тела (rs 0,455; $p<0,01$);
2. длительность занятий дома (rs 0,596; $p<0,01$);
3. длительность пребывания на свежем воздухе (rs -0,592; $p<0,01$).

В этиологии болевых синдромов также играют роль психологические и социально-средовые факторы, один из стрессовых факторов практически для любого ребенка - это школьная среда. По результатам проведенного теста Филипса, дети с АБ и ГБ, по сравнению с детьми без данных болевых синдромов, имели более высокие показатели общей тревожности в школе.

Не все факторы школьной среды имели значимость у детей с АБ. Для детей с АБ имели значение: на 1 месте страх ситуации проверки знаний ($t=4,4$ $p<0,01$), на 2 - страх не соответствовать ожиданиям окружающих ($t=2,9$ $p<0,01$), на 3 - страх самовыражения, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей ($t=2$ $p<0,01$). По таким показателям, как переживания социального стресса (проблемы со сверстниками), фрустрация, потребности в достижении успеха, проблемы и страхи в отношениях с учителями, дети с АБ не отличались от здоровых сверстников без АБ.

Как в случае наличия у ребенка АБ, так и при ГБ уровень общей тревожности в школе коррелирует с частотой и интенсивностью болевых синдромов - чем выше тревожность, тем чаще и интенсивнее у ребенка болит живот и голова ($p<0,01$).

Обращает на себя внимание, что у детей с АБ по результатам теста Филипса отмечалась более низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, по сравнению с детьми, не страдающими от АБ.

В таком случае наличие ГБ, как стрессогенного фактора, у детей с ФД может ухудшать течение АБ при ФД. Выявлена взаимосвязь между частотой и интенсивностью ГБ и АБ (rs = 0,672 и rs = 0,658, $p<0,01$). Дети с ГБ достоверно имели более частые и более интенсивные приступы АБ, чем дети без ГБ ($t=2,2$ и $t=2,5$, $p<0,05$).

Заключение. Дети с функциональной диспепсией требуют от педиатра персонифицированного подхода к терапии с выявлением факторов риска. Наличие двух болевых синдромов у детей с ФД можно считать фактором риска более тяжелого течения АБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будчанова Н.Ю., Делягин В.М., Хондкарян Г.Ш. Распространенность и особенности клинических проявлений первичных головных болей у школьников // Педиатрия. 2008. Т. 87(5). С. 138–140.

2. Васильева Л.В., Эверт Л.С., Терещенко С.Ю. и др. Психосоматические расстройства у школьников // Российский журнал боли. 2014. №3–4. С. 34–36.

3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Резолюция Экспертного совета: Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника? // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. № 26 (2). С. 101–104.

4. Печкуров Д.В., Романова А.А. Функциональная диспепсия у подростков: особенности этиологии, преморбидного фона, комплексный подход к лечению // Альманах клинической медицины. 2017. № 45(1). С. 48-55.

[1]Nijevitch A.A., [1]Sataev V.U., [2]Yakupova G.M., [1]Malievsky V.A., [1]Malievsky O.A., [1]Pavlova M.Yu.

EXOCRINE PANCREATIC INSUFFICIENCY IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

[1]Bashkir State Medical University, the Republic of Bashkortostan, Russian Federation
[2]Children's Republican Hospital, Ufa, the Republic of Bashkortostan, Russian Federation

Introduction. Type 1 diabetes mellitus (DM) accounts for approximately 10% of all DM cases. It results from the autoimmune destruction of insulin-producing β-cells of the pancreatic islets and subsequent absolute insulin deficiency. Type 1 DM is absolutely prevalent in childhood (more than 90% of children and adolescents) while the minority of children (approximately 10%) develop type 2 DM [1] and other types of disease. When insulin secretion decreases as a result of DM, the disturbed hormonal equilibrium leads to the predominance of the glucagon and somatostatin effects, i.e., suppression of amylase and chymotrypsin secretion and atrophic changes in the acinar tissue [2]. Owing to the development of pancreatic atrophy, with time the weight of pancreas is reducing, diabetic angiopathy leads to acinar fibrosis and progressive malabsorption [2].

Study objective. To evaluate the frequency of exocrine pancreatic insufficiency in pediatric type 1 DM and the efficacy of pancreatic enzyme replacement therapy.

Materials and methods. The study was conducted on two groups of patients aged between 9 and 16 years (mean age 13.7±0.2 years) who were matched by gender and age. Group 1 was comprised of 54 type 1 DM patients. Their glycated hemoglobin (HbAlc) level was below 7.5% (optimal compensation) in 11 (20.4%) children, between 7.5% and 9% (suboptimal compensation) in 14 (25.9%) children and over 9% (decompensation with high risk of developing complications) in 29 (53.7%) children. The duration of the disease varied between one and 13 years (4.9 years on average). Group 1 patients were divided into 2 subgroups which included patients with or without exocrine pancreatic insufficiency. The control group (group II) was comprised of 22 patients who had no gastrointestinal disorders or DM. All group I patients came to the consulting and diagnostic outpatient clinic of the Ufa Republican children's clinical hospital with complaints on their main disease, the diabetes mellitus. All study participants had undergone examination that included clinical blood analysis and urinalysis (including tests for glucosuria and acetonuria) and glycated hemoglobin measurement. Other investigations included the ultrasound exam of the liver, pancreas and biliary tract with measurements of the diameter duct of Wirsung, determination of the activity of pancreatic enzymes in combination with lipid profile, aminotransferases, bilirubin, total protein, biochemical markers of cholestasis, measurement of fecal elastase I level using the immunoenzyme assay (BIOSERV DIAGNOSTICS, Germany). As a control investigation, we used a standard steatocrit test in order to assess fecal fat excretion [3]. The value of 7 g/day was taken for the standard of daily excretion of fecal fat [4]. If chronic pancreatitis was suspected, a magnetic resonance cholangiopancreatography (PHILIPS, Germany) was used.

Results and discussion. The exocrine pancreatic insufficiency (fecal elastase < 200 µg/1 g feces) was diagnosed in 11 patients (20.3%) of group I and in none of patients from control group. Fecal elastase in the subgroup of children with DM combined with exocrine pancreatic insufficiency varied within 24.4-169.6 µg /g (median 134.5 µg /g). All children of this group had a long history of DM (over 5 years). The rest of children from group I had elastase within 201.4-810.5 µg /g (median 650.7 µg /g). The differences between the two groups were significant ($p < 0.001$). The comparison of parameters showed that in patients from the control group fecal elastase level was significantly higher compared to patients with DM combined with exocrine pancreatic insufficiency (min-max 264.5-803.5 µg /g; median 406.1 µg /g; $p < 0.001$). The differences between DM patients without exocrine pancreatic insufficiency and control group were not so much significant ($p = 0.029$). Symptoms of chronic pancreatitis were found in none of group I or II patients. The average level of pancreatic amylase in group I children was 41.7 ± 2.3 U/L that corresponds to the age-related norms. The average lipase level among DM patients did not exceed normal threshold either and was 27.3 ± 1.31 U/L. In the control group, the mean pancreatic amylase level was 28.9 ± 1.67 U/L ($p < 0.001$ as compared to group I DM patients) and lipase level was 21.3 ± 2.3 U/L ($p < 0.01$ as compared to group I DM patients). The median daily fecal fat excretion in DM patients with exocrine pancreatic insufficiency was 11.3 g/day (min-max 7.8-13.2 g/day) that was significantly higher than in children of the same group without symptoms of exocrine pancreatic insufficiency (3.87 g/day; min-max 2.97-6.3 g/day; $p < 0.001$). Significant differences in daily fecal fat excretion were found between group I children with symptoms of exocrine pancreatic insufficiency and control (2.9 g/day; min-max 2.3-5.7 g/day) ($p < 0.01$) whereas no significant differences in daily fecal fat excretion were observed between group I children without symptoms of exocrine pancreatic insufficiency and control ($p > 0.05$). In recent years, the occurrence of exocrine pancreatic insufficiency is believed to be associated with autoimmune mechanisms because, apart from the presence of antibodies in the cytoplasm of the pancreatic islets' β-cells, 73% of DM patients produce antibodies to pancreatic lipase which is probably associated with glycosylation of metabolic byproducts of lipase-secreting cells. All the above pathogenetic mechanisms are manifested in the occurrence of exocrine pancreatic insufficiency and its related maldigestion of fats, proteins and its hydrolysis products, as well as of complex carbohydrates (starch). The true frequency of occurrence of the exocrine pancreatic system pathological changes in pediatric DM is a disputable matter. Endocrine insufficiency was detected in 45% of children with DM [4]. Conversely, C. Sierra et al. [5] showed a fairly low (4.2%) frequency of endocrine insufficiency in DM children. Our data (20.3%) are somewhat different from the European results on this subject. However, we should bear in mind that in two abovementioned studies [4, 5] and our own study a unique, modern and universal criterion currently considered as a "*gold standard*" of diagnosis of exocrine pancreatic insufficiency was used, namely, the measurement of fecal elastase 1. Current sensitivity and specificity of this method in pediatrics is believed to be 100% and 90%, respectively (100% и 83% among adult patient). We have found a fairly high rate of exocrine pancreatic insufficiency in pediatric patients with type 1 DM.

Conclusion. The issue of correction of not only endocrine but also exocrine pancreatic insufficiency in children with type 1 DM requires an immediate action because of the widespread occurrence and social significance of this pathological condition among pediatric population.

REFERENCES

1. Ширяева Л.В., Зелинская Д.И. Эндокринная патология и ее последствия в детском возрасте // Детская больница. 2011. № 3. С. 50–55.

2. Bijoor A., Geetha S., Venkatesh T. Faecal fat content in healthy adults by the acid steatocrit method. // Ind. J. Clin. Biochem. 2004. Vol. 19 (2). P. 20–22.

3. Keller J., Layer P. Human pancreatic exocrine response to nutrients in health and disease // Gut. 2005. Vol. 54 (Suppl. VI). P. 1–28.

4. Laass M., Henker J., Thamm K. et al. Exocrine pancreatic insufficiency and its consequences on physical development and metabolism in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. // Eur. J. Pediatr. 2004. Vol. 163. P. 681–682.

5. Sierra C., Blasco J., Lopez-Siguero J. et al. Pancreatic fecal elastase in children with type 1 diabetes. J. Pediatr. Gastroenterol. // Nutr. 2004. Vol. 39 (Suppl. 1). P. 370.

Ниёзов М.И., Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Гафуров К.Б., Мулложонов А.Г., Миргафуров Т.Р., Облокулов Х.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

ДХО ЦБ г. Истаравшан, Согдийская область, Республика Таджикистан

Актуальность. Диагностика и лечение инфекции мочевых путей, в частности пиелонефрита, у детей является одной из актуальных проблем педиатрии и детской урологии. Согласно классификации Всемирной Организации Здравоохранения, пиелонефрит относится к группе тубулоинтерстициальных инфекций и фактически представляет собой тубулоинтерстициальный нефрит инфекционного генеза. По частоте встречаемости среди заболеваний органов мочевой системы пиелонефрит у детей занимает второе место после острых респираторных заболеваний и составляет 70% нефрологической патологии. Наиболее часто используется классификация, предложенная М.Я. Студеникиным и соавт., определяющая форму (первичный, вторичный), характер течения (острый, хронический), активность заболевания и функцию почек.

Материал и методы исследования. За период 2011-2017 гг. в детском хирургическом отделении ЦБ г. Истаравшана Согдийской области на стационарном лечении находились 830 больных с диагнозом «пиелонефрит», что составляло 8,8% из общего количества и 28,8% - из урологических пациентов, находившихся на стационарном лечении. Среди них у 427 (51,5%) диагностирован острый пиелонефрит, у 403 (48,5%) - обострение хронического пиелонефрита. Девочек было 485 (58,43%), мальчиков - 345 (41,57%). Городские жители составили 213 (25,6%), сельские - 617 (74,4%), в возрасте до 1 года было 138 (16,6%) человек.

Первичный пиелонефрит диагностирован у 581 (70%) больного, вторичный пиелонефрит на фоне нарушенного пассажа мочи - у 249 (30%). Поражение обеих почек было у 392 (47,25%), правой почки - у 218 (26,5%), левой почки - у 217 (26,25%). Основанием для госпитализации во всех случаях была высокая лихорадка, боли в пояснице со стороны пораженной почки, частое болезненное мочеиспускание, лейкоцитурия, а у детей до 3-летнего возраста - повторяющиеся боли в животе.

Для установления и уточнения диагноза всем больным, исходя из диагностических возможностей ЦБ г. Истаравшана, мы производили следующие обязательные обследования: общий анализ крови, мочи, содержание креатинина, мочевины и глюкозы в крови, пробы Ничепоренко и Зимницкого, бактериологическое исследование мочи (определение микрофлоры и чувствительности к антибиотикам), УЗИ-почек и мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографии, при необходимости цистографию (пассивную и активную). Подготовка к рентгенологическому обследованию производилась в течение 3-х суток и заключалась в назначении диеты с ограниченным содержания шлакосодержащих и газообразующих продуктов, эспумизана 4-раза в день. С целью уменьшения стресса и профилактики введение воздуха в настоящее время детям мы не ставим очистительные клизмы. Накануне и утром в день обследования вводится бисакодиловая свеча в прямую кишку. Если состояние больного тяжелое, имеются высокая лихорадка, выраженные симптомы эндогенной интоксикации и гемодинамические расстройства, то до получения результата бакпосева назначается эмпирическая антибактериальная терапия (амоксициллин, аугментин, цефалоспорины III поколения), инфузионно-корригирующая терапия с назначением диуретиков и препараты, улучшающие микроциркуляцию почек (трентал, эуфиллин). После стабилизации состояния производится рентгеноурологическое обследование. С учетом антибиотикограммы назначаются антибиотики, уросептики, противовоспалительная терапия с обязательным назначением нестероидных препаратов (ортофен, ибупрофен), антиоксидантов (токоферола ацетат), а второй курс антибиотиков и антирецидивную терапию больные получают уже в условиях амбулатории, находясь на диспансерном учете. Диспансерное наблюдение проводится в поликлинике семейным врачом с продолжением назначений и рекомендаций стационара, при необходимости проводится консультирование детским хирургом поликлиники. Длительность диспансерного наблюдения при остром пиелонефрите - 5 лет, при хроническом пиелонефрите – до перехода во взрослую сеть.

Результаты и их обсуждение. Анализ возрастных групп показывает высокую подверженность пиелонефриту детей грудничкового возраста и девочек, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями мочевыводящих путей детей раннего возраста и женского организма. Из мочи высеяны: Escherichia coli - 575 (69,3%), Staphylococcus aureus - 15 (1,7%), Proteus - 142 (17,2%), возбудитель не выявлено – 98 (11,8%).

Как видно из результатов посевов мочи, кишечная палочка остается ведущей инфекцией в этиопатогенезе пиелонефрита у детей, а в последние 2 года отмечается увеличение количества Proteus. Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом, своевременная госпитализация, диагностика, индивидуальный подход при диагностике и комплексной консервативной терапии с учетом тяжести больных детей с пиелонефритом в условиях районного стационара и поликлиники сводят к минимуму последствий данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Острый пиелонефрита у детей. М., 2002.
2. Коровина А., Захарова И.Н. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей. М., 2007.
4. Лопаткин Н.А. Клинические рекомендации по урологии. М., 2007.

Очилдиева Н.Ш., Кутушева О.Ф., Маджидова З.Х.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

ГУ «Родильный дом №1» г. Душанбе

Актуальность. В настоящее время среди вопросов, имеющих государственное медико-социальное значение, особо важное место занимает проблема охраны родовспоможения и совершенствование неонатальной помощи при различной патологии. Это невозможно без соблюдения учета патологии дыхательной системы, в частности пневмонии, для которой характерны высокая частота, тяжесть течения и вариабельность осложнений, приводящие к летальным исходам в периоде новорожденности (10% от детской смертности), а в последующем и к инвалидизации, особенно среди маловесных детей. В Республике Таджикистан в структуре ранней неонатальной смертности состояния, связанные с внутриутробной инфекцией, занимают 3 место, а среди причин поздней неонатальной смертности находятся на первом месте. По данным РД №1 города Душанбе, несмотря на используемые национальные стандарты лечения, смертность от пневмонии имеет тенденцию к неуклонному росту как среди доношенных, так и среди недоношенных.

Известно, что предрасположенность младенцев к инфекционно-воспалительным заболеваниям обусловлена особенностями микрофлоры кишечника, определенным состоянием иммунной системы. Влияние отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза матери для младенцев велика. Поэтому нами было решено изучить данный аспект среди пациентов нашего стационара.

Цель исследования. Изучить некоторые особенности развития и течения неонатальной пневмонии у новорожденных, родившихся в родильном доме №1 города Душанбе.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 112 новорожденных с пневмонией, которая разделялась на врожденную, аспирационную и приобретенную.

При постановке диагноза и проведении лечения мы руководствовались утвержденным Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 07.06.2011 г. (№318) и национальными стандартами.

Проводился анализ историй родов и историй развития новорожденных с сопоставлением анамнестических и клинико-лабораторных показателей, применительно к каждому из обследуемых детей.

Лабораторные исследования включали: клинические – анализ крови с подсчетом общего числа лейкоцитов, ЛИ (лейкоцитарный индекс), АЧН (абсолютное число нейтрофилов); бактериологические – определение патогенной микрофлоры в крови, дыхательных путях, слизистых и кожи, а также чувствительность к антибиотикам; инструментальные – УЗИ исследование мозга и внутренних органов и рентгенография грудной и брюшной области.

Результаты и их обсуждение. Распределение больных по гестационному сроку показало, что из общего числа обследованных 57,1% состави-

ли доношенные, 37,5% – недоношенные и 5,4% – перношенные дети. В группу недоношенных были включены только новорожденные с низкой (1500-2499) и очень низкой (1000-1499) массой тела.

Анализ состояния здоровья женщин показал, что у всех женщин отмечалась экстрагенитальная патология, часто с сочетанием двух и более неблагоприятных факторов. В анамнезе матерей отмечены неоднократно перенесенные ОРВИ – 78%, обострение хронических заболеваний: пиелонефрит – 67%, хронический тонзиллит – 45%, анемия – 34%, кольпит – 33% и угроза прерывания у 23%.

Неблагополучный акушерский анамнез является немаловажным фактором риска развития пневмонии у новорожденных. По нашим данным, наблюдалась некоторая зависимость развития пневмонии от исхода предшествующих беременностей и родов. Наиболее частой была угроза прерывания с исходом в самопроизвольный выкидыш - 12% и преждевременные роды – у 56%. В родах отмечались мекониально окрашенные – у 58% – околоплодные воды и хорионамнионит – у 24%.

Диагноз внутриутробной пневмонии установлен 32.4% новорожденных. Распределение больных в зависимости от категории новорожденных отражено на рисунке 1.

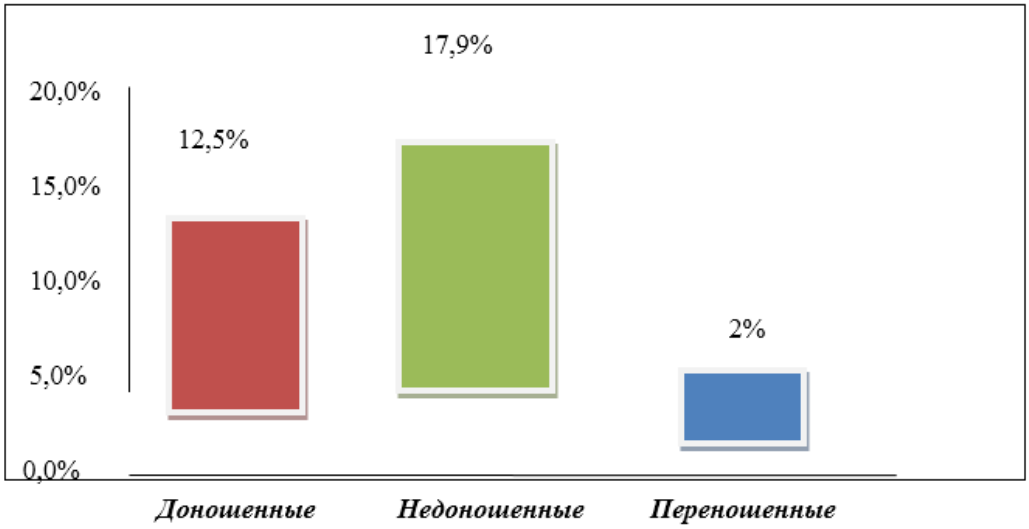


Рис. 1. Распределение больных с внутриутробной пневмонией в зависимости от длительности их гестации

Как видно из рисунка 1, среди больных с внутриутробной пневмонией преобладали недоношенные дети, далее следовали доношенные. Удельный вес новорожденных, родившихся от женщин с запоздалыми родами, переношенных был минимальным.

При рождении среди доношенных новорожденных умеренная асфиксия наблюдалась у 19%, тяжелая – в 8% случаев. У 35,7% доношенных новорожденных диагностирована задержка внутриутробного развития плода различной степени. У недоношенных умеренная асфиксия установлена в 39% случаев, тяжелая – в 16%.

Клиническая картина дыхательной недостаточности отмечалась сразу после рождения, как у доношенных, так и у недоношенных новорожденных, и проявлялась ретракцией грудной клетки (втяжение уступчивых мест грудной клетки), раздуванием крыльев носа. При этом для доношенных нарушение дыхания сопровождалось чаще тахипноэ - 83%, а для недоношенных более характерным были набивание пены на губах - 72% и приступы апноэ - 23%. Среди других клинических проявлений отмечались гиподинамия, выраженная гипотония мышц, срыгивание, гипо/арефлексия.

Аускультативная картина у доношенных новорожденных сопровождалась влажными крепитирующими хрипами - 72%. У недоношенных чаще выслушивалось ослабленное дыхание - 59%. Крепитация в легких выслушивалась у 32% недоношенных, а хрипы лишь у 18%.

Обязательным условием диагностики пневмонии было рентгенографическое подтверждение. На рентгенограмме грудной клетки воспалительный процесс чаще локализовался слева – 79% и проявлялся в виде очаговых инфильтративных теней. При этом среди доношенных новорожденных левосторонняя пневмония диагностирована у 36%, а среди недоношенных – у 64 % детей.

Диагноз «аспирационная пневмония» установлен у 33,8% новорожденных. Распределение больных в зависимости от категории новорожденных отражено на рисунке 2.

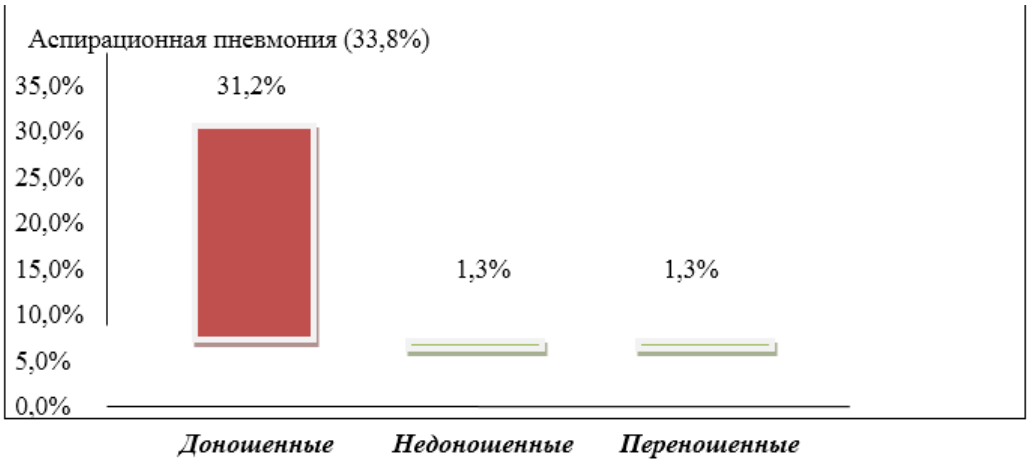


Рис. 2. Распределение больных с аспирационной пневмонией в зависимости от длительности их гестации

Как видно из рисунка 2, аспирационная пневмония в подавляющем большинстве диагностировалась у доношенных новорожденных. Среди этой группы детей наблюдались осложнения в родах, в частности слабость родовой деятельности, потребовавшая применения операции вакуум-экстракции, - 32,4%, стремительные роды – 21,6%. В тазовом предлежании родилось 13,5%, а роды крупным плодом завершились в 27%.

У недоношенных новорожденных только у 1,3% с низкой массой тела имела место аспирация околоплодными водами.

Клиническая картина дыхательных нарушений как правило манифестировала с 2 суток и сопровождалась практически у всех больных нарастанием температуры тела выше 38,5ºС.

Постнатальная пневмония 33,8%, также как и внутриутробная, чаще диагностирована у недоношенных детей – 18,3%, причем у 38,8% из них она была пиемическим очагом развития септического процесса. В 13,4% случаев отмечалась у доношенных новорожденных. В 13,5% случаев развитие пневмонии было обусловлено пребыванием пациента на искусственной вентиляции легких.

Клиническая картина развивалась, как правило, после 3-5 суток. При этом для доношенных детей более характерными признаками были: проявления дыхательной недостаточности, сопровождающиеся нарушением ритма дыхания, гипертермией, симптомами интоксикации (вялость, сероватый оттенок окраски кожи, отказ от сосания, срыгивания), вздутие живота. У маловесных с очень низкой массой тела наблюдалась гипотермия легкой и средней степеней.

Рентгенологическая картина легких у доношенных детей была представлена правосторонней пневмонией - у 66,7%, у недоношенных - двухсторонней пневмонией - у 42%.

Таким образом, диагностика пневмонии и её вид основываются на данных анамнеза, клинических проявлениях и результатах рентгенографического исследования

Выводы.

1. Развитию воспалительного процесса в легких новорожденного способствует отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез матери.
2. Клинико-лабораторные проявления отличаются полиморфностью и зависят от срока гестации новорожденного.
3. Аспирационная пневмония более характерна для доношенных, особенно с крупной массой тела.
4. Недоношенные дети и новорожденные, родившиеся с низкой и очень низкой массой тела, составляют группу риска по развитию у них патологии дыхательной системы, что обусловлено особенностями состояния их иммунной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков В.В., Рюмина И.И., Евтеева Н.В. Результаты проведения клинического аудита инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных // Акушерство и гинекология. 2012. №7. С.74-79.
2. Национальные стандарты по неонатологии РТ. Душанбе, 2011. 224 с.
3. Неонатология. Национальное руководство /под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. 749 с.
4. Fischer C., Meylan H., Bickle M. Severe postnatally asquired cytomegalovirus infection presenting with colitis, pmeumonitis and sepsis-like syndrome in an extremely low birthweight infant // Neonatology. 2010. Vol. 97, № 4. P. 339-345.
5. Nissen M.D. Congenital and neonatal pneumonia // Paediatr. Respir. Rev. 2007. V.8, № 3. P. 195-203.

Раупова Р.И., Нигорова Ё.Г., Расулов И.А.

К ВОПРОСУ О ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней с курсом неонатологии ХО ИПОвСЗ РТ
Детская областная клиническая больница, Худжанд

Актуальность. Вегето-сосудистая дистония - симтомокомплекс функциональных расстройств со стороны различных систем, обусловленных нарушением регуляции их деятельности вегетативной нервной системой.

При стрессах, наряду с высокой активностью симпатической нервной системы, повышается активность гипофиза и надпочечников, активизируются процессы обмена, усиливается катаболизм, происходит мобилизация энергетических ресурсов, соответствующие сдвиги гомеостаза. Это вызывает многообразие и различную выраженность субъективных и объективных проявлений вегето-сосудистой дистонии у детей и подростков. Вегетативные изменения чаще всего носят полиорганный характер при преобладании дисфункции в какой-либо одной системе, чаще в сердечно-сосудистой, что нередко врачами расценивается как кардит [1, 2, 3, 4].

Цель исследования. Сравнительное изучение характеристики различных типов вегето-сосудистой дистонии и частоты кардитов у этой категории больных.

Материал и методы исследования. В кардиоревматологическом отделении под наблюдением находилось 42 больных в возрасте от 5 до 15 лет, поступивших с диагнозом «Кардит». Из них 14 мальчиков и 28 девочек.

Обследование пациентов включало сбор данных анамнеза, клинический анализ крови, электрокардиография (ЭКГ), ЭхоЭК, измерение величины артериального давления (АД), а также проведение клино-ортостатической пробы (КОП).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от характера вегетативных расстройств, предъявленных жалоб, клинического исследования, данных ЭКГ и УЗИ сердца дети были разделены на 2 группы.

I группа (n = 12) с симпатикотонией, II группа (n = 30) с ваготонией. Пациенты первой группы жаловались на боли в области сердца, ощущение сердцебиения, головные боли, изменчивое настроение, рассеянность, беспокойный и короткий сон. Объективно у этих больных кожа была бледной, сосудистый рисунок не выражен, белый дермографизм отмечен у 8 (66,6%) детей, у 4 (33,3%) - розовый, сальность понижена, у 5 (41,6%) больных отмечался вязкий пот, а у 7 (58,3%) потоотделение было понижено. Астеническое телосложения отмечено у 6 (50%).

У 2 (16,6%) больных были приглушены тоны сердца, отмечались тахикардия, систолический шум на верхушке, расширение границ сердца влево на 1,0 см. У 9 больных (75%) тоны сердца были ясные, имелась умеренная тахикардия, границы сердца не расширены; у одного ребенка (8,3%) тоны сердца были усилены, отмечалась тахикардия и повышение артериального давления.

На ЭКГ у 3 (25%) больных выявлена синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево, выражена электрическая активность левого желудочка и предсердная экстрасистолия (у одного ребенка). У 3 (25%) детей отмечалась синусовая тахикардия, смещение ниже изолинии зубца Т в грудных отведениях (V5 – V6), электрическая ось сердца не отклонена, у 4 (33,3%) была экстрасистолия, у 2 (16,6%) изменений не выявлено. При УЗИ сердца у 2 (16,6%) детей отмечено расширение левого желудочка, у 2 (16,6%) - пролапс митрального клапана, у 4 (33,3%) обнаружены дополнительные хорды в левом желудочке, у 5 (41,6) - без патологических изменений.

Клинический анализов крови у 2 (16,6%) больных обнаружил лейкоцитоз, ускоренную СОЭ, у 10 (83,3%) изменений не выявлено. При проведении КОП у всех обследуемых больных определен гиперсимпатикотонический вариант, при этом систолическое артериальное давление было повышено у 4 (33,3%), а диастолическое - понижено, отмечалась небольшая тахикардия.

Таким образом, среди больных первой группы только у 2 (16,6%) выявлено проявление кардита, у 4 (33,3%) - ВСД по гипертоническому типу, у 6 (50%) - кардиальный тип ВСД – симпатикотония.

Больные II группы (n = 30) жаловались на частые боли в области сердца, обмороки, покраснение лица, мраморность кожи, плохую переносимость душных помещений, снижение аппетита, головокружение, головные боли, глубокие вдохи. Объективно у этих больных выявлено покраснение кожи лица, отмечалась мраморность кожи, у некоторых акроцианоз, у 3 (10%) больных отмечена угревая сыпь, повышенное потоотделение у 14 (46,6%), красный дермографизм. Тоны сердца были ясные у 20 (66,6%) обследуемых, аритмия с тенденцией к брадикардии, у 10 (33,3%)

детей - первый тон был приглушен на верхушке, систолический шум функционального характера, исчезающий в вертикальном положении тела. У 22 (73,2%) артериальное давление было понижено, у 8(26,6%) соответствовало возрастной норме, но имелась тенденция к понижению.

На ЭКГ выявлена синусовая аритмия у 12 (40%), AV блокада I ст. (интервал P-Q = 0,20с.) у 5 (16,6%), AV блокада II ст. (интервал P-Q более 0,22с.) у 4 13,3%), синдром ранней реополяризации со смещением выше изолинии зубца Т в грудных отведениях (V5-V6) выявлен у 9 (30%) больных. При УЗИ сердца у 2 (6,6%) выявлены дополнительные хорды в левом желудочке, у одного (3,3%) больного пролапс митрального клапана.

При обследовании клинических анализов крови у 4 (13,3%) больных отмечалась анемия (Hb от 84 до 92 г/л). При проведении КОП у всех обследуемых выявлен асимпатикотонический вариант, при этом систолическое и диастолическое артериальное давление было понижено, отмечалась тахикардия. Артериальное давление у 22 (73,3%) больных было понижено, у 8 (26,6%) в пределах возрастной нормы.

Таким образом, во II группе органических поражении со стороны сердца не выявлено и оценка исходного вегетативного тонуса – ваготония.

Заключение. Полученные результаты обследования пациентов, направленных на стационарное лечение с диагнозом «кардит», показали, что только у 2 (4,7%) он подтвердился. Остальным (93,3%) больным выставлен диагноз ВСД, что указывает на высокую частоту ВСД у детей и гипердиагностику кардитов, что требует необходимость комплексного изучения различных типов ВСД и кардитов у детей для выбора правильной тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. М.: Медицина, 2004, С. 476-482.

2. Коровина Н.А., Захарова И.Н. с соавт. Вегетативная дистония у детей (Руководство для врачей). М.: Медпрактика – М, 2006, 68с.

3. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? // Кардиология. 2008. № 4. С. 62-65.

4. Орлова Н.В., Парийская Т.В. Кардиология – новейший справочник педиатра. М.: ЭКСМО, СПб.: Сова, 2003. С. 536-548.

Саидмуродова Р.Х., Каюмова Р.М.

ПСИХО-ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Актуальность. В последнее десятилетие произошло значительное улучшение уровня оказания медицинских услуг маловесным и недоношенным детям. Ребенок с низкой массой тела получает специализированную помощь с первых минут жизни. В то же время, именно эти дети с осложнениями периода новорожденности составляют основную группу риска для инвалидизации в детском возрасте. Это делает для нас актуальной проблему качества последующей жизни детей, потребовавших реанимационной помощи в период новорожденности.

Согласно статистике, приводимой ЮНИСЕФ, около 16% детей в мире рождаются недоношенными и с низкой массой тела при рождении (менее 1500 г). В Российской Федерации этот показатель в разных регионах находится в пределах 6-7%, в Таджикистане составляет около 8,9%. Выхаживание и лечение новорожденных с очень низкой массой тела представляют значительные трудности. Но современные медицинские технологи позволяют врачам-неонатологам выхаживать детей, рожденных с очень низкой массой тела, однако, эти успехи влекут за собой и новые проблемы.

Нервно-психическое и физическое развитие ребёнка является одним из ведущих компонентов в комплексной характеристике состояния здоровья растущего организма и является тонким индикатором многих факторов.

Известно, что маловесные дети напряжённо преодолевают сложный период первичной адаптации, часто физиологические реакции переходят в патологические состояния в силу быстрой истощаемости функциональных процессов. Клиническое значение данной проблемы определяется еще и тем, что этот контингент является группой высокого риска заболеваемости

и смертности. Вероятность смерти этих детей на 1–ом году жизни в 5 раз выше, чем детей с нормальной массой тела. Результаты наблюдений за маловесными детьми выявили высокую частоту отклонений в нернопсихическом развитии различной степени тяжести. Сложность этой проблемы состоит в том, что она выходит за рамки чисто медицинской, поскольку требуются большие экономические затраты на лечение, специальную адаптацию и реабилитацию маловесных детей. Примерно у 2/3 детей в возрасте до 1 года имелись различные отклонения в виде нарушения тонуса, снижения коммуникабельности, способности слежения взглядом и визуально-моторной координации, снижение координации мелких и крупных движений и большая частота случаев развития физических и неврологических нарушений.

Новорождённые с низкой массой тела при рождении представляли собой неоднородную группу. Из 50 детей 9 родились при гестационном возрасте 38-42 недель, среди них у 7 имелась задержка внутриутробного развития (ЗВУР) различной степени, у 2 - пограничное состояние между ЗВУР и соответствием массы тела гестационному возрасту, 41 из новорождённых был недоношенным при гестационном возрасте 30-37 недель, из них 5 - со II-III степенями недоношенности, у которых также диагностирована ЗВУР. Контрольную группу составили новорождённые массой тела более 2500, которые соответствовали своему гестационному возрасту.

Антропометрические данные при рождении влияли на изменения массы тела, окружности головы и груди. Так, суммарная годовая прибавка по всем параметрам не достигала среднего уровня показателя детей, родившихся с нормальной массой тела по отношению к гестационому возрасту.

Одним из важнейших показателей, характеризующих состояние здоровья у детей, является заболеваемость. Общий уровень заболеваемости детей, родившихся с низкой массой тела, на первом году жизни был в 2 раза выше аналогичного показателя в контрольной группе.

Наряду с изучением показателей годовой заболеваемости детей, родившихся с низкой массой тела, нами проведено сравнение данных заболеваемости раздельно, за 1 месяц жизни и в последующих возрастах. Наибольшее число заболеваний у детей основной группы было на 1-ом месяце жизни.

Структура впервые выявленной заболеваемости в различные возрастные периоды 1-го года жизни различна. Ведущее место в структуре заболеваемости на 1 месяце жизни занимают болезни, патогенетически связанные с периодом беременности и родов, уровнем адаптации в периоде новорождённости в результате перенесенной внутриутробной гипоксии и асфиксии. Немалую роль играют расстройства, обусловленные морфофункциональной незрелостью. Симптомы поражения центральной нервной системы различной степени в основной группе отмечались в 3,5 раза чаще, чем в контрольной.

Характеристика состояния здоровья детей, родившихся с низкой массой тела, включала также результаты специальных медицинских осмотров совместно с педиатром и невропатологом с оценкой нервно-психического развития детей 1-го года жизни. Из 50 детей основной группы 15 в момент осмотра развивались соответственно возрасту, у 21 ребенка диагностирована задержка психомоторного и у 3 - предречевого развития. Нервно-рефлекторная возбудимость в виде гипервозбудимости отмечена у 5, гипертензионно-гидроцефальный синдром - у 6 детей.

Анализ показателей физического развития новорождённых с учётом гестационного возраста позволил определить, что среди новорождённых с низкой массой тела частота задержки внутриутробного развития составила 38%. Рост и развитие этих детей характеризовались специфическими закономерностями: средние показатели основных антропометрических данных в возрасте до 1 года не достигали среднего уровня показателей детей, родившихся со средней массой тела.

На дальнейшее физическое и нервно-психическое развитие детей, родившихся с низкой массой тела, помимо условий внутриутробного развития, оказывает влияние и состояние ребёнка в постнатальном периоде. Другой стороной данной проблемы является правильная организация ухода за детьми, родившимися с низкой массой тела, поскольку от качества выхаживания этих детей в первые месяцы жизни в значительной степени зависит последующее их физическое и нервно-психическое развитие.

Заключение. Таким образом, предупреждение, своевременное выявление и направленное лечение этой патологии позволяют во многих случаях избежать тяжёлой инвалидизации детей и способствуют оздоровлению будущего поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически- ишемическая энцефалопатия новорожденных. СПб: Питер. 2013. 219 с.

2. Гордеев В.И., Александрович Ю.С., Першин Е.В. Респираторная поддержки у детей. Руководство для врачей .СПб: ЭЛБИ, 2009. 76с.

Ситораи Акбар, Раджабзода М.Э., Рахматов Б.М., Гоибов А.М.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ДИАГНОЗОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и, в первую очередь, ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжают оставаться ведущей причиной смертности и ранней инвалидизации в большинстве стран мира [4, 5]. Сущность ИБС состоит в несоответствии между потребностью миокарда и его обеспечением кислородом, а также энергетическими и пластическими субстратами. Основной причиной является атеросклеротический процесс пораженных коронарных артерий. Диагностика ИБС включает неинвазивные и инвазивные методы. «Золотым стандартом» выявления и оценки степени атеросклеротического стенозирования коронарного русла является коронароангиография (КАГ) [2]. КАГ считается наиболее достоверным методом верификации пораженных коронарных артерий, с которым сопоставляют результаты любых неинвазивных методов оценки состояния коронарного кровоснабжения. С внедрением метода селективной КАГ появилась возможность точного определения атеросклеротических изменений сосудов сердца, т.е. диагностика ИБС получила прочную морфологическую основу. При коронарной недостаточности с помощью метода КАГ можно осуществить не только качественный, но и количественный анализ. Число пораженных сосудов, локализацию поражения, состояние коллатералей – всё это можно определить с точностью, превышающей 90% [3]. Именно данные КАГ позволяют предсказать прогноз ИБС и оценить необходимость инвазивных вмешательств [4].

Цель исследования. Оценить анализ частоты выявления и особенностей гемодинамически значимых поражённых коронарных артерий при проведении КАГ у больных с ИБС.

Материал и методы исследования. За 2015-2017 гг. в Республиканском клиническом центре кардиологии (РКЦК) было проведено 721 эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях. Исследования проводилось на базе ангиографического отделения «Шараён-варид» РКЦК. Возраст пациентов колебался от 30 до 78 лет. Средний возраст пациентов составил 56±14,8 лет.

КАГ проводилась по стандартной методике Judkins трансфеморальным доступом, используя аппарат GEInovo 2000. В качестве рентгенконтрастного вещества использовали «Омнипак-350» («GE Healthcare Ireland», Ирландия) либо «Ультравист-370» («Bayer Schering Pharma AG», Германия). При стентировании коронарных артерий использовались стенты с антипролиферативным покрытием (BxSonic, BxVelocity, Cypher, Taxus, Optima). Анализ КАГ проводили по общепринятой методике согласно национальным и международным рекомендациям, зарекомендовавшим себя в крупных исследованиях CASS и BARI. Определяли тип кровоснабжения миокарда (правый, левый, сбалансированный), степень стенозирования коронарных артерий и уровень их поражения (проксимальный, средний, дистальный). Степень стенозирования определяли визуально, а также при помощи специальной программы «Scientific QCA Analysis» компании "Siemens" (Германия).

Результаты и их обсуждение. По данным КАГ, среди общего количества пациентов (n=721) была выявлена 661 (91,7%) пораженная коронарная артерия. Из общего количества пациентов 246 (34,2%) подверглись стентированию, на аортокоронарное шунтирование был направлен 161 (22,3%) пациент; 60 пациентов (19,7%) не имели каких-либо изменений просвета коронарных артерий; 120 (16,7%) были направлены на консервативное лечение, 84 (11,6%) пациента отказались от имплантации стентов, 50 (6,9%) пациентов имели мышечный мостик. У 160 (22,1%) пациентов общее состояние расценивалось, как тяжелое, а у остальных 461 (63,9%) - средней тяжести. В 36,5% (90) случаев стентирование проводилось в остром периоде инфаркта миокарда; в 149 (69,4%) случаев - у больных с нестабильной стенокардией; в 7 (3,3%) случаях – у больных с кардиогенным шоком. Среди семи пациентов, находящихся в кардиогенном шоке, 4-м имплантировали по одному стенту, трем больным - по 2-3 стента. У троих больных с ОИМ, осложнившимся АВ блокадой 2-3 степени, после проведения КАГ с одновременной реканализацией со стентированием наблюдалось восстановление проводимости в течение суток. В ходе осуществлённых вмешательств не было отмечено развития нефатальных и фатальных осложнений, кроме одного случая в виде гематомы в месте пункции (0,7%) и одного случая тромбоза стента на

пятые сутки в связи с появлением резистентности к клопидогрелю (Плавиксу®). В ходе исследования нами были обнаружены как однососудистые, двухсосудистые, так и многососудистые атеросклеротические поражения коронарных артерий. Из них однососудистых было выявлено 26,5% (177) случаев: 17,3% (26) – правая коронарная артерия (ПКА), 1,13% (2) - задняя межжелудочковая ветвь; 73,4% (130) – передненисходящая межжелудочковая ветвь (ПМЖВ); 5,65% (10) – огибающая ветвь (ОВ), 1,69% (3) - ветвь тупого края (ВТК), 3,39% (6) – ствол левой коронарной артерии (ЛКА). Двухсосудистые поражения встречались в 24,6% (163) и были представлены следующими комбинациями поражений: 13,3% (72) – ПМЖВ+ПКА; 10,7% (50) – ПМЖВ+ОВ; 2,7% (8) – ПКА + ствол ЛКА; 4,7% (12) – ОВ+ПКА; 2% (10) – ПМЖВ+ВТК; 5,3% (6) – ОВ+ВТК. Многососудистые поражения встречались в 48,5% (321) и были представлении следующими комбинациями поражений: 16,1% (107) - ПКА+ЛКА+ПМЖВ+ЗМЖВ; 24,2% (160) - ПМЖВ+ПКА+ОВ+ВТК; 8,1% (54) - ЛКА+ПМЖВ+ОВ+ПКА.

С целью сравнения были рассмотрены данные за 2012-13 гг. по РКЦК, где было проведено 80 эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Выявлены однососудистые поражения - 30 (37,5), двухсосудистые - 35 (43,7%), трехсосудистые - 15 (18,7). Проанализированы также мировые данные за 2015-2016 гг. Например, в Новгородском Региональном сосудистом центре России 600 пациентам была проведена коронарография. У всех диагностировано 2- и 3-сосудистое поражение коронарных артерий. Оценка риска рассчитывались по шкале TIMI riskscore.

Заключение. Анализ исследований за 2015-2017 гг. обнаружил, что наиболее часто встречающимся поражением коронарных артерий является трехсосудистое, среди которых наиболее часто имелось поражение ПМЖВ, ЛКА, ПКА, ОВ, что говорит об агрессивном течении атеросклеротического процесса у этих больных. Полученные в работе сведения, по сравнению с предыдущими годами и мировыми данными, говорят о том, что в настоящее время течение ишемической болезни сердца в нашей стране ухудшилось.

При проведение диагностической КАГ требуется строгое соблюдение установленных стандартов исследования. Полученные в работе данные дают обоснование своевременного назначения проведения КАГ с последующим стентированием, особенно для неосложнённых однососудистых поражений, что даёт возможность улучшить прогноз и качество жизни больных с ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадейникова К.К., Мамедов М.Н. Основные положения европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // Профилактическая медицина. 2014. Т. 17, № 4. С. 25-32.

2. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации. М.:НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2011. 142 с.

3. Беленков Ю.Н., Оганов Р.В. Кардиология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015

4. Гулмуродов Т.Г. Клинические рекомендации хирургического лечения ишемической болезни сердца / Под. ред. Т.Г. Гулмуродова. Душанбе, 2014. 12 с.

5. Шляхто Е.В., Оганов Р.Г. Кардиология. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 800 с.

Урунбоева Д.С., Гаибова З.В., Гуева З.А., Гоибов А.М.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ
ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ
ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают занимать лидирующую позицию среди всех причин смертности населения в большинстве стран [3]. Основная доля летальности населения приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС), ее осложнения

и острое нарушение мозгового кровообращения [3, 4]. При этом в последние годы отмечается тенденция роста острых нарушений коронарного кровообращения среди лиц молодого или среднего возрастов - 25-49 лет [1-3]. Согласно данным литературы, инфаркт миокарда (ИМ) среди лиц моложе 40 лет встречается в 0,1-1,1 случаев на 1000 мужчин и 0,02-0,9 на 1000 женщин трудоспособного возраста, что составляет 1,9-8,1% среди всех пациентов с острым нарушением коронарного кровообращения [1]. С целью снижения частоты смертности населения от ССЗ правительством Республики Таджикистан и Министерством здравоохранения и социальной защиты населения страны приняты и реализованы национальные программы и проекты, однако, проблемы их первичной профилактики, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста, до сих пор требуют своего решения. В связи с этим изучение структуры факторов риска ИМ среди лиц молодого возраста является актуальным и требует проведения научных исследований с целью первичной профилактики и снижения летальности населения.

Цель исследования. Изучить структуру и факторы риска ИМ у пациентов молодого возраста.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 120 пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в период 2013-2017 годы в ГУ «РКЦК» МЗиСЗН РТ. В основную группу были включены 60 больных молодого возраста – 34-45 лет, в группу сравнения также 60 пациентов с ИМ в возрасте 46-65 лет. Обе группы по возрасту, полу и месту проживания были идентичными. Средний возраст пациентов основной группы составил 39,8±3,04 лет, в группе сравнения - 58,7±5,2 лет.

Результаты и их обсуждение. Среди факторов риска наиболее часто встречались артериальная гипертензия (АГ), курение, метаболический синдром (МС), сахарный диабет 2 типа (СД) и мужской пол (табл.).

Частота встречаемости факторов риска у сравниваемых групп пациентов

Факторы риска	*Основная группа (n; %)*	*Группа сравнения (n; %)*	*p*
Артериальная гипертензия	53 / 88,3	60 (100%)	>0,05
Курение	41 / 68,3	12 / 20	<0,001
Постоянный стресс	48 / 80	17 / 28,3	<0,001
Ожирение	34 / 56,7	13 / 21,7	<0,001
Сахарный диабет	29 / 48,3	12 / 20	<0,001
Мужской пол	51 / 85	33 / 55	<0,001
Женский пол	9 / 15	27 / 45	<0,001
Гиперхолестеринемия	36 / 60	14 / 23,3	<0,001
Высокий уровень ЛПНП	33 / 55	13 / 21,7	<0,001
Низкий уровень ЛПВП	22 / 36,7	41 / 68,3	<0,001
Увеличение индекса атерогенности	35 /58,3	18 / 30	<0,001
Гиперкоагуляция	32 / 53,3	48 / 80	<0,001

В сравниваемых группах наиболее часто встречалась артериальная гипертензия без значимого ее различия – 88,3% в основной и 100% в группе сравнения. При этом в 42 (79,2%) случаях у лиц молодого возраста АГ носила симптоматический характер. Так, нефрогенная и вазоренальная артериальная гипертензия отмечалась у 31 пациента, надпочечниковая – в 7 наблюдениях и стресс-индуцированная гипертензия - у 15 больных.

Курение, считающееся одним из основных факторов риска ССЗ, гораздо чаще встречалось среди пациентов молодого возраста – 41 (68,35%) случаев, тогда как в группе сравнения табачные изделия использовал всего лишь каждый пятый пациент – 12 (20%).

Наиболее частым триггерным фактором ИМ в основной группе явился сильный стресс, регистрированный у 80% пациентов. Данный фактор был зависим от рода деятельности пациентов. Так, 35 пациентов основной группы являлись предпринимателями, 13 занимали руководящие посты в различных учреждениях. Негативные влияния психоэмоционального напряжения приводили к сильному стрессу, и при комбинации вышеуказанных факторов способствовали возникновению острых нарушений коронарного кровотока. В группе сравнения стресс был выявлен только у 28,3% пациентов, и он был обусловлен, в основном, трагедиями в семье.

Среди коморбидных патологий гораздо чаще встречались ожирение и сахарный диабет, т.е. составляющие метаболического синдрома. Так,

повышенный индекс массы тела имел место у 56,7% пациентов основной группы и у 21,7% - в группе сравнения (p<0,001). Сахарный диабет был выявлен у 41 (34,2%) пациентов – у 48,3% среди молодых лиц и у 20% среди лиц старшей возрастной группы (p<0,001). Таким образом, ожирение и СД, встречающиеся гораздо чаще среди лиц молодого возраста, были обусловлены особенностями образа жизни: частое употребление жирной и калорийной пищи, ежедневные нервные перенапряжения и наличие факторов гиподинамии.

Другим фактором риска ССЗ считается мужской пол: среди пациентов основной группы мужчин было 51 (85%), в группе сравнения – 33 (55%) (p<0,001).

Согласно большинству исследований, повышение уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности усиливают процессы образования и прогрессирования бляшек в стенках коронарных артерий, что было зарегистрировано у пациентов обеих групп, однако, среди лиц молодого возраста, имеющих сопутствующее ожирение, частота их встречаемости была значимо больше. При этом у данной категории пациентов нарушения в свертывающей системе крови по типу гиперкоагуляции встречалась гораздо реже, по сравнению с лицами старшей возрастной группы.

Заключение. Наиболее часто встречающимися факторами риска развития инфаркта миокарда у лиц молодого возраста является артериальная гипертензия, постоянный стресс, курение, ожирение, сахарный диабет и мужской пол. При этом наиболее часто ИМ регистрируется среди лиц мужского пола при воздействии негативных социальных факторов, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестерня П.А. и др. Генетические предикторы инфаркта миокарда у лиц молодого возраста // Кардиология. 2013. № 7. С.4-8.

2. Bhardwaj R. et al. Myocardial infarction in young adults-risk factors and pattern of coronary artery involvement // Niger Med J. 2014. Vol. 55, No 1. P. 44-47.

3. Mathers D.C., Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 // PLOS Medicine. 2006. Vol. 3, No 11. P. 2011-2028.

4. Provotorov V. Age-related androgen deficiency in men with ischemic heart disease // Adv Gerontol. 2007. Vol. 21, No 2. P. 311-313.

Ходжибекова Н.А., Таджибаева З.А., Музаффаров Ш.С.

TORCH-ИНФЕКЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. TORCH-инфекция, или специфическая внутриутробная инфекция, в последние годы занимает одно из ведущих мест в стуруктуре перинатальной патологии как непосредственная причина заболеваемости и смертности [1, 2, 3]. Внутриутробная инфекция у новорожденных чаще всего протекает тяжело, и, к сожалению, при многих её вариантах течения нет специфической клинической картины, что требует от практического врача глубоких знаний для дифференцированного подхода к этой патологии [1, 2].

Важность изучения данной проблемы связана не только с перинатальными и постнатальными потерями, но и инвалидизацией детей. Поэтому своевременная диагностика, эффективное лечение являются важнейшими задачами современной неонатологии и педиатрии [2, 3].

Цель исследования. Изучение клинической картины и особенностей течения специфической внутриутробной инфекции различной этиологии у новорожденных и разработка тактики их лечения.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе отделения патологии новорожденных Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Выборочно проведено исследование 362 новорожденных с внутриутробным сепсисом, у 142-х новорожденных подтвержден диагноз «TORCH-инфекция».

Методы исследования включали: изучение течения настоящей и предшествующей беремен-

ности, оценку физического развития, результаты исследования анализа крови, мочи, биохимических показателей сыворотки крови (билирубин, ферменты, кровь на стерильность), нейросонографию, рентгенографию грудной клетки, определение маркеров на TORCH- инфекцию у новорожденных и матерей. Для определения маркеров на инфекции проводили иммуноферментный анализ крови (ИФА). Диагностическим титром уровня иммуноглобулинов считается титр более 1:200.

Результаты и их обсуждение. Из 142-х больных с TORCH- инфекцией доношенных было 108 (76,1%), недоношенных - 34 (23,9%). Возраст матерей колебался от 18 до 40 лет, из них повторнородящих 85 (59%), первородящих 57 (41%).

В результате проведенных исследований были выявлены: цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) - 58 (40,8%), герпетическая инфекция - 25 (17,6%), хламидиаз - 22 (15,5%), токсоплазмоз - 14 (9,8%), сифилис - 8 (5,6%), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) - 4 (2,8%) случаев у новорожденных. Сочетание герпес-инфекции с ЦМВИ, ЦМВИ и хламидии обнаружено в 11 (7,7%) случаях.

У всех матерей отмечался отягощенный анамнез: выкидыши, мертворождения, невынашивание, рождение детей с различными пороками развития, острые и хронические воспалительные заболевания органов гениталий и выделительной системы, гестозы. Наблюдаемые дети родились со сроком гестации 28-40 недель.

Состояние новорожденных оценивалось как тяжелое и крайне тяжелое. В клинической картине преобладали симптомы интоксикации, нарушения метаболизма, патологическая неврологическая симптоматика (возбудимость, беспокойство, болезненный крик, напряжение большого родничка, гипертонус мышц, расхождение швов, тонико-клонические судороги). Продолжительность судорог в тяжелых случаях более 2-х недель. Гепатолиенальный синдром отмечался с рождения.

Несмотря на общность клиники, при TORCH-инфекции имелись некоторые отличия.

ЦМВИ протекала как септический процесс: с выраженной интоксикацией, длительным повышением температуры, микроциркуляторными расстройствами. В большинстве случаев органами-«мишенями» были легкие (44 случаев) и печень 14 случаев). Особенностью течения данной инфекции явилось позднее появление желтухи с сероватым оттенком, явления холестаза, обесцвечивание стула, темный цвет мочи. У детей с рождения отмечался гепатолиенальный синдром, повышался уровень прямой фракции билирубина более 200 мкмоль/л, ферменты цитолиза более 1,5 мкмоль/л. При тяжелом течении у 2-х детей с ЦМВИ выявлен ранний цирроз печени и у 1-го - кистофиброз поджелудочной железы с летальным исходом. В 2 случаях - сочетание ЦМВИ с атрезией желчновыводящих путей. Заболевание протекало на фоне поражения ЦНС различной степени. ЦМВ-пневмония протекала с тяжелым течением, трудно отхаркиваемой мокротой.

Неонатальный герпес (22 случая) характеризовался тяжелым генерализованным течением с поражением ЦНС, судорогами, угнетением и в 5 случаях с менингоэнцефалитом. У 8 детей отмечались везикулёзные высыпания на коже и слизистых полости рта. В тяжелых случаях герпетическая инфекция сопровождалась ДВС-синдромом, в 6 случаях сочеталась с ЦМВИ.

Для токсоплазмоза было характерным острое течение заболевания, симптомы общей интоксикации, отеков (4 случаев), менингоэнцефалита с судорожным синдромом (6 случаев), энцефалопатии различной степени выраженности, поражение внутренних органов, эндокринных желез. При генерализованном токсоплазмозе наблюдалась гидроцефалия у 2-х новорожденных, кальцификаты в мозге (8 случаев).

Хламидиазная инфекция в большинстве случаев протекала с поражением органов дыхания и конъюнктивы глаз. Хламидиазный конъюнктивит появлялся на 5-14 день после рождения и клинически проявлялся гиперемией конъюнктивы с выраженным отеком, обильным гнойным отделяемым. При данной инфекции симптомы интоксикации были умеренными.

Сифилис-внутриутробная инфекция, включенная в группу Others, диагностирована в 12 случаев. У 8 из них отмечались клинические проявления в виде поражения кожи (пузырчатка новорожденных), в 4 случаях клинические проявления отсутствовали. Новорожденные с этим диагнозом переведены в кожно-венерологическое отделение для дальнейшего лечения.

ВИЧ-инфекция обнаружена в 4 случаях. Все поступившие новорожденные взяты на учет.

Лечение TORCH-инфекции у новорожденных проводилось дифференцированно, комплексно, длительно и с учетом состояния больных. Специфическая терапия включала назначение антицитомегаловирусного иммуноглобулина «Цитотек»-а из расчета 2 мл/кг массы тела каждые 2 дня до достижения эффекта. Специфическая терапия токсоплазмоза состояла в назначении пиреметамина в дозе 2 мг/кг массы тела или фансидара, сульфадимезина из расчета 50-100 мг/кг массы тела. Для предотвращения возможного токсического воздействия препаратов назначали фолиевую кислоту. Комбинированно препараты назначались циклами в течение 4-6 недель и до 4-х курсов в год. В лечении хламидийной инфекции использовали антибиотики из группы макролидов

- эритромицин в дозе 30 мг/кг массы тела в 4 приема в день. При конъюнктивитах использовали 1% эритромициновую глазную мазь. Длительность курса антибиотикотерапии была от 20 дней до 1-го месяца. Для лечения герпетической инфекции использовали ацикловир.

Заключение. Таким образом, нами отмечен рост возникновения TORCH-инфекции среди новорожденных. Наибольший процент из них занимает ЦМВИ, которая протекает тяжело с поражением многих органов и трудно подается лечению. Учитывая рост частоты TORCH–инфекций, особенности их течения, в Республике Таджикистан необходимо повысить уровень знаний специалистов и внедрить современные методы диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко А.К., Устинович А.А. Неонатология. 2009. С. 203-253
2. Хазанов А.И., Клиническая неонатология. 2009. С. 286-360
3. Шабалов Н.П., Неонатология. 2016. Т. 2. С. 61-100.

Холова З.У., Ахунова Н.Т., Абдуллоев Х. Дж., Сунъатуллоев Д.С., Холов С.С.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ, ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИЙ ИНГИБИТОРОМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Широкое применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) по различным показаниям привело к тому, что НПВП–гастропатии нередко встречаются в популяции и приобрели значение не только медицинской, но и социальной проблемы. Для НПВП-гастропатии характерно преимущественное эрозивно-геморрагическое и язвенное поражение слизистой оболочки (СО) антрального отдела желудка, реже встречаются эрозивно-язвенные поражения двенадцатиперстной кишки, обусловленные приемом НПВП [4]. Язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, связанные с приемом НПВП, часто не проявляются отчетливой клинической симптоматикой или же наблюдаются незначительно выраженные, эпизодически возникавшие боли в эпигастральной области и диспепсические расстройства [2, 3, 4]. По литературным данным, наибольший риск вероятности возникновения желудочно-кишечных кровотечений отмечаются в первые месяцы приема НПВП [1, 4] .

С целью устранения поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных приемом НПВП, а также для профилактики их возникновения, наиболее предпочтительны синтетические аналоги простогландина Е2 и ингибиторы протонной помпы – мизопростол (20 – 40 мг). Указанный препарат не оказывает влияния на кислотно-пептический фактор, но обладает цитопротективными свойствами, увеличивает эффективность защитного слизевого барьера и улучшает кровоснабжение в слизистой оболочке желудка. ИПП блокируют кислотообразование путем торможения активности АТФ-азы и, кроме того, оказывает определенный цитопротективный эффект [8].

Цель исследования. Изучить эффективность препарата мизопростол в целях заживления эрозивно-геморрагических повреждений слизистой оболочки желудка, обусловленных приемом НПВП.

Материал и методы исследования. Исследования проведены на 45 пациентах с кардиоваскулярным синдромом, получавших в целях профилактики ИБС ацетилсалициловую кислоту (тромбо-Асс в дозе 50-100 мг в сутки), обратившихся с жалобами на болевые ощущения в эпигастральной области и диспепсию.

У всех этих пациентов эндоскопически установлены признаки незначительного желудочного кровотечения, обусловленного эрозивно-геморрагическими повреждениями желудка.

Препараты назначались в виде монотерапии в стандартных терапевтических дозах, синтетический аналог простогландина Е2 - мизопростол - по 200 мг 4 раза в день, во время приема пищи, ИПП (эзолект 20 мг 2 раза в день, за 10-15 до еды). ИПП

имеют преимущество перед мизопрпостолом, выражающееся в более быстром купировании боли и изжоги, а также в лучшей их переносимости.

В тактике ведения больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки, асоциированными с приемом НПВП, следует придерживаться двух основных принципов:

– отмены препарата или замены его другим (селективным НПВП);

– назначение ИПП или мизопростола.

Пациенты, у которых эндоскопически были установлены эрозивно-геморрагические повреждения СО желудка, вызванные приемом ацетилсалициловой кислоты, методом случайной выборки были разделены на 3 группы. Пациенты 1-й группы (15 человек) получали внутривенно омепразол из расчета 80 мг в день на протяжении 3-х суток (72 часов). Пациенты 2-й группы (15 человек) получали эзолект перорально из расчета 40 мг/в сутки (20 мг каждые 12 часов) также на протяжении 72 часов. В 3-й группе (15 человек) антисекреторные препараты первые 3 суток не назначались. Во всех группах на 7 дней был отменён приём ацетилсалициловой кислоты (тромбо-Асс). Пациенты всех исследуемых групп, начиная с 4-го дня, на протяжении 4-х недель получали мизопростол перорально 40 мг в сутки. Повторная эндоскопия проводились через 3, 7 и 30 дней.

Результаты и их обсуждение. Проведенный нами анализ жалоб у больных, принимающих НПВП и направленных на эндоскопическое обследование, показал, что среди них преобладали: боли в эпигастрии, диспепсические проявления в виде изжоги, тошноты, отрыжки воздухом.

У всех пациентов эндоскопически установлены эрозивно-язвенные поражения СО гастродуоденальной зоны

Через 7 дней в 1 группе, получавшей парентерально в течение 3-х дней омепразол, появления эрозий и геморрагий не наблюдалось у всех 15 пациентов. Во 2-ой группе, получавших эзолект, на 4-й день наблюдалось уменьшение выраженности эрозивно-геморрагического гастрита, но полное исчезновение эрозий и геморрагий произошло лишь после 8-го дня. Среди пациентов, получавших в течение 7 дней эзолект, наличие единичных эрозий и геморрагий на 8 день установлено у 6 человек.

Характеристика пациентов, включенных в исследование

Характеристика	*1-группа*	*2-я группа*	*3-я группа*
Средний возраст	50 лет	54 года	52 года
Женщины	5	6	6
Мужчины	10	9	9
Средняя масса тела	87 кг	91 кг	79 кг
Заболевание, потребовавшее назначение АСК (ацетилсалициловой кислоты): ИБС	15	15	15
проявление желудочной дисфункции:			
- боль	3	2	3
- диспепсия	12	3	12
- обнаружение H. pilori	10	10	9

Отмена приема АСК без назначения антисекреторных препаратов (3–я группа) приводила на 4-й день к уменьшению степени эрозивно-геморрагических повреждений СО желудка у 5-ти пациентов, а исчезновение эрозий и геморрагии произошло только у 6-ти пациентов и только на 8-й день, т.е. после начала перорального приема мизопростола.

Выводы

1. Внутривенное введение ИПП и пероральный прием в суточной дозе 80 мг целесообразно использовать для быстрого и эффективного лечения эрозивно-язвенных повреждений СО желудка, вызванных приемом ацетилсалициловой кислоты и НПВП.

2. Прием АСК и НПВП в сочетании с мизопростолом (и омепразолом) предупреждает возникновение эрозивно-геморрагических повреждений СО желудка.

3. Пациентам, имеющим эндоскопические признаки НПВП-гастропатии необходимо проводить обследование на наличие хеликобактерной инфекции (H. pylori).

4. В целях обеспечения безопасности приема АСК и НПВП перед их назначением следует первоначально проводить эрадикационную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева А.В., Муравьев Ю.В. Подходы к прогнозированию риска возникновения гастропатий, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами // Тер.архив. 2008. №5. С. 25-28.

2. Гребнева Л.С., Насонова С.В., Цветкова Л.И. Побочные эффекты лечения нестероидными противовоспалительными препаратами и пути их коррекции // Клин.мед. 2007. №5. С. 40-45.

3. Гринько А.В., Муравьев Ю.В. Нестероидные противовоспалительные препараты и желудочно-кишечный тракт. Институт ревматологии РАМН. М., 2008.

4. Сравнительная оценка эффективности ингибиторов протонной помпы прилечение НПВП-гастропатии // Сборник трудов XXVI итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ. М., 2009. С. 43-44.

Шодиев Б., Сафаров З.Ш., Раджабова Г., Каюмова М.Г.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ В АССОЦИАЦИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) в структуре воспалительных заболеваний занимает ведущее место. Для РА характерно хроническое прогрессирующе течение с вовлечением в процесс внутренних органов, ведущим к инвалидизации трудоспособного контингента и к снижению продолжительности жизни [2, 4]. Существенный вклад в сокращение продолжительности жизни вносит наличие у большинства больных с ревматоидным артритом (РА) коморбидных заболеваний. Это в свою очередь зачастую приводит к вынужденной полипрагмазии, вследствие чего нарастает риск развития нежелательных реакций из-за фармакологической несовместимости многих препаратов, что существенно ограничивает возможность терапии и снижает её эффективность [1, 3].

Цель исследования. Изучение частоты и структуры коморбидных заболеваний у больных РА.

Материал и методы исследования. В исследование включено 480 больных РА, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении Городской клинической больницы (г. Душанбе) за период 2014-2015 гг. Из них женщин – 83,2%, мужчин – 26,8%; средняя продолжительность заболевания – 7,4 года.

Внесуставные проявления РА выявлены у 44,3% больных. Обследование включало оценку активности заболевания с использованием индекса DAS 28, рентгенографию суставов, биохимические анализы крови, определение индекса Чарлсона для количественной оценки коморбидного статуса и 10-летней выживаемости.

Базисные препараты принимали лишь 48% (метотрексат – 39%, сулфосалазин – 9%). Большинство пациентов (84,3%) длительно принимали ГК в дозе > 10 мг / сут.

Результаты и их обсуждение. Коморбидные заболевания были выявлены у 305 (82,6%), причем у 61 % из них имели 2 и более заболеваний. В структуре коморбидных заболеваний ведущее место занимала кардиоваскулярная патология. Так, артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 70% пациентов, ишемическая болезнь сердца (ИБС) - у 29,1%, из них 8,3% имели инфаркт миокарда в анамнезе. На 2-м месте по частоте у больных РА стоит патология ЖКТ – 79,8%. Столь высокий процент поражения ЖКТ можно объяснить бесконтрольным приемом НПВП и зачастую приемом более дешевых Н–НПВП. Замыкает тройку лидерства анемии – 53,5%. Анализ причин малокровия выявил ряд особенностей: многократные роды, алиментарный фактор, бесконтрольный прием метотрексата и др. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей - у 19,8%, болезни органов дыхания - у 13,5%, сахарный диабет – у 8,9%, диффузный токсический зоб имелись у 7,8 % пациентов.

Удельный вес больных с 10-летней выживаемостью составил <24% и значение индекса коррелировано с возрастом пациентов.

Заключение.. Частота сопутствующей патологии у пациентов с РА остается высокой.

Отмечено увеличение числа больных, имеющих сочетание нескольких коморбидных состояний, что отрицательно сказывается на подборе эффективной терапии. В структуре коморбидных состояний преобладала кардиоваскулярная патология, хронические заболевания ЖКТ и анемия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев И.А., Никитина Н.М., Реброва А.П. Кардиоваскулярная коморбидность у больных ревматоидным артритом: безопасность лечения // Практическая медицина. 2015. Т. 2. С. 135-139.

2. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология. Национальное руководство / под. Ред. Е.Л. Носонова, В.А. Насоновой. Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2008. С. 290-331.

3. Никитина М.Н., Афанасьев И.А., Романова Т.А., Ребров А.П. Особенности коморбидности у больных ревматоидным артритом в разные годы наблюдения // Современная ревматология. 2015. №1. С. 39-43. 2.

4. Klareskog L., Cartina A.L., Paget S. Rheumatoidarthritis // Lanct. 2009. Vol. 373. P. 596-72.

Шукурова М.А., Салимов Б.М., Ходжаев А.А., Ганиев С.Ч.

ИТРАКОНАЗОЛ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОН БО ОНИХОМИКОЗҲО

Кафедраи дерматовенерология бо курси касметологияи МДТ ДТБКСТ ҶТ

Муқаддима. Беморихои занбуруғӣ қисмати зиёди беморихои сироятии инсонро ташкил намуда, дар байни онҳо бошад аз ҳама бештар микози попанҷа ва онихомикозҳо паҳн гаштаанд. Паҳнгаштагии васеи беморӣ, устувории он ба табобат ва дарозмудат будани ҷараёни он, аксари табибонро водор менамояд, то ба сабаб ва омилҳои эҳтимолие, ки метавонанд ба инкишофи сирояти занбуруғӣ оварда расонанд, таваҷҷуҳ зоҳир намоянд [2, 3].

Ба гурӯҳи «хавфи стратег» доир ба сироятёбӣ бо занбуруғҳо дохил мешаванд: кормандони ҳаммомҳо, саунаҳо, варзишгарон, хизматчиёни ҳарбӣ, хешовандони бемороне, ки аз онихомикозҳо ё микози попанҷа азият мекашанд, беморон бо гипергидрози попанҷа. Ба бемории микози попанҷа бо онихомикоз бештар шахсони синну соли калонтар гирифтор шуда, мардҳо 2-3 маротиба бештар аз занҳо ва кӯдакон бошанд бениҳоят кам бемор мешаванд [4, 5].

Мувофиқи маълумоти таҳқиқоти вогиришӣ дар доираи лоиҳаи «Ахиллес», дар байни омилҳои собитшудаи ба онихомикоз дар калонсолон оварда расонанда, дар ҷойи аввал бемории рагҳо (21%), дар ҷойи дуюм фарбеҳӣ (16%) ва дар ҷойи сеюм — эътилоли попанҷаҳо (15%) меоистанд. Микозҳои попанҷаҳо қариб дар сеяки беморон ҳангоми чунин бемории айни замон бисёр вохӯранда – диабети қанд, хусусан ҳангоми алоими попанҷаи диабетӣ мушоҳида карда мешаванд. Дар беморони синну соли миёна ва калонсол осебёбии пайвастаи пӯст ва нохунҳои попанҷа ҳангоми панҳнкафии пойҳо, обилаҳо, гармшавиҳо, остеоартрозҳо ворид шудани занбуруғҳои эътилолиро ҳангоми ташриф овардан ба ҷойҳои имрӯзҳо маъмул ба мисли ҳавзҳо, ҳаммомҳо, саунаҳо, клубҳои варзишӣ ва фитнес-кулбҳо имконпазир менамояд. Дар кӯдакон ва наврасон сироятёбиро аз микозҳо осебёбӣ ва аракқунии доимӣ ҳангоми ба варзиш машғул шудан ва хушкии пӯст ҳангоми ҳолати ҳассосиятнок имконпазир менамояд [1, 6].

Ҳангоми ҳамаи намудҳои онихомикозҳо аз ҳама бештар самаранок табобати системавӣ бо маводҳои ба таври даҳонӣ истифодашаванда, ба ҳисоб мераванд.

Мақсади таҳқиқот. муқоисаи самаранокии усулҳои гуногуни табобати беморон бо бемории онихомикозҳо бо истифодаи орунгал.

Мавод ва усулҳо. Дар зери назорати мо 38 нафар беморон бо онихомикозҳо қарор доштанд, ки аз онҳо 24 нафарашро (64%) мардҳо ва 14 нафарашро (36%) занҳо ташкил намуданд. 12 нафар бемор дар давоми якчанд моҳ то 5 сол, 15 нафар – аз 6 то 10 сол ва 11 нафар аз 10 сол зиёд аз онихомикозҳо азият мекашанд.

Дар 24 нафар бемор намуди канорӣ-латералии зеринохунии онихомикоз, дар 4 нафар –куллӣ – сағалӣ, дар 4 нафар – болоӣ-сафед, дар 6 нафар – зеринохунии пуштӣ мушоҳида карда шуд. 35 нафар бемор аз онихомикози попанҷаҳо, 3 нафар

– попанҷа ва панҷаи дастҳо азият мекашиданд. Дар ҳамаи 38 нафар беморон бо онихомикоз пӯсти попанҷаҳо, попанҷаҳо ва панҷаи дастон, ё панҷаи дастҳо иллат ёфта буданд.

Натиҷаҳо. Вобаста аз усули истифодашудаи табобат ҳамаи беморон бо онихомикоз ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум (20 бемор) табобати умумӣ бо итраконазол гузаронида шуд. Итраконазол ҳангоми онихомикозҳои панҷаҳои дастон 200 мг, 2 маротиба дар як рӯз, дар давоми 7 рӯз (бо танаффуси як ҳафтагӣ) ҳамагӣ 2 давраи табобат ва ҳангоми онихомикози попанҷаҳо – 3 давраи табобат таъин карда шуд. Ба гурӯҳи дуюм (18 бемор) иловатан ба табобати ба гурӯҳи якум шабеҳ, табобати мавзеӣ, ки аз гирифтани қабати иллатёфтаи нохун бо ёрии уреапластири 20% ва минбаъд ҳамарӯза дар мавзеи нохун молидани малҳами клотримазол ва давра ба давра ба таври механикӣ тоза кардани мавзеи нохун аз ҳаҷмҳои гиперкератонӣ иборат буд, гузаронида мешуд.

Натиҷаҳои табобат бартарии усули омехтаи (табобати умумӣ+мавзеи)-ро нисбат ба усули умумии табобат нишон доданд. Масалан, натиҷаҳои беҳтарин (сиҳатёбии клиникӣ-микологӣ) ҳангоми табобати омехта дар охири моҳи 6-ум дар 83,3% беморон, баъд аз 9-12 моҳ дар 94,4% ба даст омад, дар ҳолате ки дар гурӯҳи беморони танҳо табобати умумӣ гирифта – мутаносибан дар 85%, 80% ва 80% (P < 0,02) буд. Дар байни беморон бо намудҳои куллӣ – саҳалӣ ва пуштии онихомикоз табобати омехта (умумӣ+мавзеӣ) дар 80% натиҷаҳои беҳамто дод, табобати умумӣ бошад – танҳо дар 60% (P < 0,01).

Бояд қайд намуд, ки итраконазол ба ягон нафар бемор таъсири захролуднамоии ҷигар нарасонид.

Ҳамин тариқ, таҳқиқотҳо бартарии усули омехтаи (табобати умумӣ+мавзеии) табобатро нисбат ба табобати умумӣ бо итраконазол нишон доданд.

АДАБИЁТ

1. Капкаев Р.А., Любан Б.А., Эшанхужаев Ш.Ш. Орунгал в терапии грибковых заболеваний. Пособие для врачей дерматовенерологов. Ташкент, 2016. 45 с.

2. Кунакбаева Т.С. Распространенность микозов стоп у лиц среднего, пожилого старческого возраста // Вопросы дерматологии и венерологии. 2015. №2. С. 29-31.

3. Лукьяненко А.И., Терханова И.В. Этиология и клиника онихомикозов у лиц различных возрастных групп, отягощенных сопутствующей патологией и профессиональными вредностями // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. 2016. Т.1, № 4. С. 73-76.

4. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. СПб, 1998. 288 с.

5. Сергеев А.Ю. Современные представления о патогенезе онихомикозов // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2016. № 1. С. 101–110.

6. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев А.Ю. и др. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. №3. С. 31–35.

Шукурова С.М., Хасанов А.Х., Файзалиев Р., Каюмова М.Г.

АССОЦИАЦИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Подагра в настоящее время рассматривается как общемедицинская проблема, что связано не только с увеличением распространенности болезни, но и с полученными данными о влиянии гиперурикемии (ГУ) на прогрессирование атеросклеротического поражения сосудов [1, 3]. ГУ является одним из важнейших компонентов метаболического синдрома и независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний [3]. В современных публикациях особое внимание уделено взаимосвязи пуринового обмена с особенностями спектра липидов у больных подагрой. Гиперлипидемия является важным звеном патогенеза подагры [2, 3, 4].

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между спектром сывороточных липидов и показателями пуринового обмена у больных подагрой.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 38 мужчин, страдающих подагрой. Диагноз установлен в соответствии с

классификационными критериями S.L. Wallace [1]. Возраст больных колебался 56,6±7,5; медиана продолжительности заболевания составила 10 лет.

Исследовали объективный статус пациентов. Всем пациентам натощак определялись уровни глюкозы, мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови, проводилось исследование липид-белкового спектра крови: общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) колориметрическим методом

Результаты и их обсуждение. Средние значения показателей мочевой кислоты у больных подагрой были 567±129 мкмоль/л, ксантиноксидазы - 116±1,81 ед.

У больных подагрой содержание мочевой кислоты колебалось от 620 до 450 мкмоль/л, что достоверно выше, чем у лиц контрольной группы. При оценке активности ксантиноксидазы нами установлено, что среднее содержание её равно 116,03 ед., что значительно превышало данные контрольной группы.

Нас в первую очередь интересовало, какова связь между показателями пуринового обмена и спектром липидов сыворотки крови у обследованных больных подагрой.

В таблице 1 отражены показатели липидного обмена, а также расчетный индекс атерогенности, косвенно отражающий совокупный вклад липидных нарушений в атерогенез. Значение индекса более 4,0 расценивалось как соответствующее высокому риску развития, связанного с атеросклерозом [2].

Таблица 1

Общая характеристика показателей липидного обмена у 38 обследованных больных подагрой

Показатель	*Значения*
ХС, мкмоль/л	5,8 [4,3; 8,5]
ХСЛПВП, мкмоль/л	1,15 [0,9; 2,5]
ХСЛПНП, мкмоль/л	4,2 [2,3; 7,0]
ТГ, мкмоль/л	1,8 [1,4; 5,7]
Коэффициент атерогенности	4,0 [1,4; 9,8]

Согласно показателям таблицы 1, медианы сывороточных уровней ХС, ТГ, ХС-ЛПНП соответствовали повышенному уровню, ХС-ЛПВП – низкому.

Кроме того, в соответствии с рекомендациями АТР III [1] проводилась оценка сывороточного уровня липидов по схеме, показанной в таблице 2.

Таблица 2

Оценка сывороточного уровня липидов, в соответствии с рекомендациями АТР III

Показатель	*Нормальный уровень*	*Повышенный уровень*	*Высокий (низкий) уровень*
ХС, мг/дл	<200	230-239	>240
ТГ, мг/дл	<150	150-199	>200
ХСЛПВП, мг/дл	>41	-	<40
ХСЛПНП, мг/дл	<131	130-159	>160

Высокий сывороточный уровень ХС определялся у 9 (23,7%) больных, ещё у 18 (45,9%) больных уровень ХС соответствовал повышенному уровню и только у 11 больных (28,8) не превышал нормы. Сывороточный уровень ТГ соответствовал норме у 15 (39,4) больных, 8 (21%) был повышенным и у 15 (39,4%) больных – высоким.

Сывороточный уровень ХС-ЛПВП был низким почти у 28 (70,6%) больных. Число больных с высоким уровнем ХС-ЛПНП равнялось 17 (44,6%), повышенный уровень ХС-ЛПНП имелся у 11, соответствовал норме только у 9 (23,6%) больных. Следовательно, изменения показателей липидного обмена у больных сохраняли общеизвестную для подагры направленность в сторону их отчетливого нарастания.

Специального рассмотрения требует вопрос о взаимоотношениях пуринового обмена, спектра липидов и избыточной массы у больных подагрой. Нами проведено сопоставление уровня и спектра липидов, мочевой кислоты и ксантиноксидазы в двух группах больных с подагрой с ожирением и нормальной массой тела.

Заключение. Факт сочетания гипертриглицеридемии с ГУ, прослеженный нами, описан и другими исследователями, причем последние, как правило,

связывают его с ожирением, свойственным больным подагрой. Однако нам удалось показать, что нарастал не только уровень МК, но и активность ксантиноксидазы, что позволяет обсуждать еще один возможный генез гиперлипидемии у больных подагрой, а именно на уровне ассоциации её с нарушением в целом биосинтеза пуринов.

АДАБИЁТ

1. Капкаев Р.А., Любан Б.А., Эшанхужаев Ш.Ш. Орунгал в терапии грибковых заболеваний. Пособие для врачей дерматовенерологов. Ташкент, 2016. 45 с.
2. Кунакбаева Т.С. Распространенность микозов стоп у лиц среднего, пожилого старческого возраста // Вопросы дерматологии и венерологии. 2015. №2. С. 29-31.
3. Лукьяненко А.И., Терханова И.В. Этиология и клиника онихомикозов у лиц различных возрастных групп, отягощенных сопутствующей патологией и профессиональными вредностями // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. 2016. Т.1, № 4. С. 73-76.
4. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. СПб, 1998. 288 с.
5. Сергеев А.Ю. Современные представления о патогенезе онихомикозов // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2016. № 1. С. 101–110.
6. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев А.Ю. и др. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. №3. С. 31–35.

Шукурова С.М., Алиев Х., Хасанов А.Х., Вохидов Ф.С.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА ПРИ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ АРТРИТАХ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Установлено, что существует прямая связь нарушений пуринового обмена с поражением миокарда [2]. Считается что «подагрическая» кардиопатия обусловлена либо развитием сопутствующей ишемической болезни сердца, которая встречается значительно чаще, чем в популяции, либо формированием пороков сердца вследствие отложения уратов на клапанном аппарате [1, 3].

Несмотря на возрастающий интерес к подагре в целом, в современной литературе, по сути, отсутствуют сведения об ассоциации структурно-функционального состояния миокарда с тяжестью и клиническими вариантами болезни.

В ряде исследований отмечено, что среди больных с клиническими признаками недостаточности кровообращения значительную часть составляют лица с нормальной сократительной способностью миокарда. Развитие у них сердечной недостаточности можно объяснить только нарушением диастолической функции сердца [1, 4, 5].

Таким образом, проблема взаимоотношений подагры с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, структурных изменений миокарда с его функциональными характеристиками до сих пор остается актуальной, так же как и вопрос о влиянии характера течения заболевания и артериальной гипертонии на структуру и функцию миокарда.

Цель исследования. Изучить структурно-функциональное состояние миокарда у больных подагрой в зависимости от варианта клинического течения заболевания и наличия артериальной гипертонии.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 38 больных (все мужчины) первичной подагрой. Критерием включения больных в исследование был достоверный диагноз подагры на основании классификационных критериев S.L. Wallace с соавт. (1977), рекомендованных ARA к широкому использованию в 2001 г.

Средний возраст пациентов составил 56,6±8,5 лет (от 42 до 72 лет). Средняя длительность болезни на момент обращения составила 10,0 [6,0; 16,5] лет с колебаниями от 2 месяцев до 39 лет.

Эхокардиографическое исследование проводилось в двухмерном и М-модальном режимах на универсальном эхокардиографе Vivid 3 Expert фирмы GEMedical Systems. Определяли показатели систолической и диастолической функции ЛЖ: фракцию выброса, объем полостей сердца в конце систолы и диастолы.

Включенные в исследование больные были распределены на группы в зависимости от характера течения болезни (1 – с рецидивирующим

течением подагры (n=13); 2 – с хроническим течением (n=25)) и наличия у них АГ (1 – без АГ (n=11); 2 – с АГ (n=27)) с целью оценки структурно-функционального состояния миокарда при данном страдании.

Результаты и их обсуждение. Больные хронической подагрой были старше больных с рецидивирующим течением подагры (57,3±8,9 и 55,8±8,2 лет, соответственно, p<0,05) и имели более длительный анамнез заболевания (13,0) [7,0;15,0] и 12,0 [3,0;25,0] лет, соответственно, p<0,05). Выявлено, что у всех больных подагрой независимо от клинического течения уровень МК был повышен. Так, при рецидивирующей подагре уровень МК составил 599,0 [357,0;970,0] мкмоль/л, причем разница между показателями в исследуемых группах была статистически значимой (p<0,01).

При анализе параметров кардиодинамики выявлены существенные изменения в зависимости от клинического течения заболевания. Конечно-диастолический размер (КДР) и конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ у больных с хроническим течением подагры были увеличены на 4,65% и 10,3% соответственно, по сравнению с пациентами с рецидивирующим течением болезни, а конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ – на 2,4% и 5,45% соответственно (p<0,05).

В изучаемых группах пациентов толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) была практически одинаковой. Толщина задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) у пациентов с хроническим течением подагры превышала таковой показатель в 1 группе на 1,65%. Таким образом, наибольшие показатели были зафиксированы у пациентов с хроническим течением подагры. Относительная толщина стенок ЛЖ (ОТСЛЖ) изменялась однонаправленно с вышеописанными показателями и составила 106,8% при сравнении 1 и 2 групп.

Анализируя показатели массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), мы выявили, что этот показатель менялся в одном направлении, увеличиваясь по мере тяжести заболевания, причем различия внутри исследуемых групп были статистически значимы (p<0,05). Максимальное увеличение данного параметра зарегистрировано у больных с хроническим течением заболевания, во 2 группе, по сравнению с 1, указанный показатель составил 103,7% (p<0,05).

В изучаемых группах значение индекса ММЛЖ (ИММЛЖ) было практически одинаковым (p<0,05).

У всех больных при проведении ЭхоКГ были изучены параметры трансмитрального потока. В нашем исследовании из всех типов спектра трансмитрального потока мы встретили два: нормальный и гипертрофический.

Анализируя частоту выявления диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ) в зависимости от варианта течения заболевания, выявлено, что данное нарушение формируется у 23,1% пациентов с рецидивирующим и у 36,0% больных с хроническим течением подагры.

Таким образом, у обследованных больных, страдающих подагрой, отмечались выраженные изменения показателей структуры ЛЖ в зависимости от течения заболевания, тогда как среди некоторых параметров гемодинамики изменения выявлены в меньшей мере, они не имеют статистической значимости. У больных первичной подагрой в 31,6% случаев регистрируется ДДЛЖ, частота развития которой зависит от варианта клинического течения заболевания.

Заключение. Установлено, что каждый четвертый больной подагрой не имеет нарушений архитектоники ЛЖ, практически у трети больных формируется КГЛЖ, а в 26,7% случаев отмечается наличие ЭГЛЖ, пятая же часть пациентов при нормальном индексе массы миокарда ЛЖ имеет изменения его полости (отмечается КРЛЖ). Частота формирования различных геометрических моделей ЛЖ изменяется в зависимости от варианта течения подагры. У больных подагрой в 31,6% случаев регистрируется ДДЛЖ. Структурно-функциональные изменения миокарда при подагре разнообразны и зависят от варианта клинического течения заболевания, типов геометрии ЛЖ и наличия АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барскова В.Г., Ильиных Е.В., Насонов Е.Л., Елисеев М.С. Кардиоваскуляриый риск у больных подагрой // Ожирение и метаболизм. 2006. Т. 8, № 3. С. 40-44.

2. Бугаева Н.В., Балкаров И.М. Артериальная гипертония и нарушение пуринового обмена // Тер. архив. 2016. Т. 68, № 1. С. 36-39.

3. Джанашия П.Х., Диденко В.А. Является ли гиперурикемия компонентом метаболического синдрома? // Росс. кардиол. журнал. 2011. № 1. С. 28-34.

4. Дзизинский А.А. Хроническая сердечная недостаточность: пособие для врачей. Иркутск, 2015. 42 с.

5. Елисеев М.С., Барскова В.Г., Насонова В.А. Клиническое значение метаболического синдрома при подагре // Клиническая геронтология. 2006. Т. 12, № 2. С. 29-33.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

Азизов А.Х., Вахобов А., Файзов С.С., Давлятов Д.А., Хамидов Д.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Отделение анестезиологии-реаниматологии областной клинической больницы им. С. Кутфидинова, Худжанд

Актуальность. Одним из приоритетных направлений лечения пострадавших с политравмой является коррекция гемодинамических нарушений, неизбежно возникающих в посттравматическом периоде и связанных с развитием травматического и геморрагического шока. Инфузионная терапия, ее объём и качество являются одним из наиболее значимых аспектов проблемы лечения этих пациентов. Этот вопрос продолжает обсуждаться уже более 20 лет и остается актуальным до сегодняшнего дня [1, 2].

Цель исследования. Оценка влияния различных вариантов инфузионной терапии на параметры гомеостаза у пациентов с травматологическим геморрагическим шоком.

Материал и методы исследования. Представлены результаты исследования 30 пострадавших: мужчин - 21, женщин - 9, в возрасте от 15 до 65 лет (средний возраст 38,7±5,8 лет). Степень тяжести по шкале APACHE-2 30,1±2,3 балла. Больные с острой кровопотерей, осложненной геморрагическим шоком 3-й степени тяжести по Горбашко А.И. распределены на две группы в зависимости от варианта инфузионной терапии на догоспитальном и госпитальном этапах лечения. Общий объем кровопотери у пациентов 1-й группы (15 человек) - 2100±150 мл, 2-й группы (15 человек) - 2200±160 мл. Объем переливаемых сред на догоспитальном этапе лечения у пострадавших 1-й группы составил 1500±180 мл, 2-й группы -1600±150 мл. Причинами геморрагического шока у всех пострадавших были: переломы опорно- двигательной системы и травмы брюшной полости.

Инфузионная терапия пациентам 1-й группы проводилась солевым кристаллоидным (0,9% раствор натрия хлорида) и коллоидным раствором - полюгликин (декстран с молекулярной массой 50000-70000 – 60 г, натрия хлорида – 9 г, вода для инъекций до 1 л); соотношение кристаллоидных и коллоидных растворов в программе инфузионной терапии у пострадавших первой группы составило 1:1, у пострадавших второй группы – 1:3. Общий объем переливаемых инфузионных сред у пациентов 1-й группы в первые сутки в стационаре равнялся 3900±120 мл. В программе инфузионной терапии у пострадавших второй группы соотношение кристаллоидов и коллоидов 1:1, им в виде коллоидного раствора применяли коллоидно–гиперосмолярный раствор нового поколения «Гекатон». Основными действующими веществами в препарате являются ГЭК 130/04, ксилат и натрия лактат. Объем инфузии коллоидных растворов на госпитальном этапе у пациентов 1-й группы составил 2000±120 мл, а у пострадавших 2-й группы - 1600±160 мл.

На госпитальном этапе лечения у пациентов осуществляли оценку параметров сердечно-сосудистой системы по общепринятым методам, сосудисто-тромбоцитарного (количество тромбоцитов) и коагуляционного гемостаза, стандартизированными методами определяли показатели гематокрита, количество эритроцитов. Исследование проводилось через 4 часа после поступления пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии из операционной, а также в конце 1-х и 2-х суток. Контрольные инструментальные, гематологические и биохимические исследования были проведены на 20 донорах.

Результаты и их обсуждение. В первые сутки заместительная терапия анемии и коагулопатии потребления у всех пострадавших проводилась по общепринятым критериям с помощью трансфузии свежезамороженной одногруппной плазмы и эритроцитарной массы в соотношении 3:1 и общим объемом 4100±150 мл. В последующие двое суток трансфузионная терапия осуществлялась по результатам параметров коагуляционного гемостаза, гемоглобина и гематокрита. Всем пострадавшим на госпитальном этапе проводилось

первичное оперативное вмешательство, после которого пациенты поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии, где получали инфузионную, антибактериальную, респираторную и симптоматическую терапию.

На фоне проводимой инфузионно-трансфузионной терапии и комплексного лечения у пострадавших 1-й группы снижалась выраженность гиповолемии за счет увеличения плазменного глобулярного компонента циркулирующей крови, что способствовало стабилизации параметров системной гемодинамики в конце 2-х суток и позволяло прекратить инотропную сосудистую поддержку. Проводимая терапия у пациентов 2-й группы способствовала коррекции параметров сердечно сосудистой системы уже в конце первых суток. Это объяснялось тем, что применяемый в программе инфузионной терапии коллоидно-гиперосмотический раствор Гекатон обладает хорошей терапевтической широтой действия, что позволяет соблюдать правильное соотношение кристаллоидов и коллоидов в программе инфузионной терапии у пострадавших с геморрагическим шоком.

Выводы

1. Использование максимально допустимой суточной дозы полиглюкина у пациентов с геморрагическим шоком 3-й степени тяжести не позволяет соблюдать оптимальное состояние кристаллоидов и коллоидов в программе инфузионной терапии за счет его низкой терапевтической широты действия, не способствует положительной коррекции системной гемодинамики.

2. Использование в программе инфузионной терапии, пострадавших с геморрагическим шоком 3-й степени тяжести коллоидного раствора гекатон способствует эффективной коррекции системной гемодинамики за счет оптимизации соотношения растворов кристаллоидов и коллоидов в программе инфузионной терапии и не сопровождается негативным воздействием на параметры плазменного гемостаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазурок В.А. Очевидные и спорные вопросы восполнения острой массивной кровопотери // Хирургическая практика. 2013. №4. С.11-19.

2. Скопинцев Д.А., Кравцов С.П., Шаталин А.В. Влияние инфузионной терапии на гемодинамику у пострадавших с политравмой при межгосптальной транспортировке // Анестезиология и реаниматология. 2011. №2. С. 36–41.

Алиева Д.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ СЛАБОЙ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Республиканский специализированный медицинский центр Акушерства и гинекологии МЗР Уз

Актуальность. Проблема ранней диагностики и лечения патологических состояний шейки матки в настоящее время сохраняет свою актуальность. Продиктовано это, в первую очередь, тем, что среди всех случаев обращения за гинекологической помощью заболевания шейки матки составляют, по разным данным, 35-80% и не имеют тенденции к снижению. Ввиду отсутствия единого подхода к классификации и тактике ведения пациенток с различными патологическими состояниями шейки матки у практических врачей возникает ряд трудностей при ведении таких больных. Зачастую пациентки становятся либо объектом длительного консервативного наблюдения, либо направляются на диатермокоагуляцию без углубленного обследования. Как известно, в настоящее время препаратов, избирательно воздействующих на ВПЧ, являющейся причинным фактором развития дисплазий, не существует, поэтому врачу что-либо предложить в качестве этиологического лечения не представляется возможным.

В последние годы складывается принципиально новая стратегия профилактики и лечения РШМ, основанная на более точном понимании его этиологии и механизмов развития. Установлено, что некоторые растения, овощи, фрукты, содержат соединения останавливающие развитие опухолей. Куркума является одним из самых мощных натуральных целебных средств с мощным антиопухолевым, антиоксидантным и про-

тивовоспалительным действием. Вагинальные суппозитории Пависин содержат масло куркумы.

Цель исследования. Изучить эффективность вагинальных суппозиториев Пависин в лечении дисплазии многослойного плоского эпителия слизистой шейки матки.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением состояло 156 пациенток репродуктивного возраста с LSIL/CIN I, которым рекомендовалась выжидательная тактика в течение 18-24 месяцев. Данная группа пациенток была разделена на 2 подгруппы: в первую вошли 30 пациенток - группа, которым были назначены вагинальные свечи Пависин. Критерии исключения: острые и подострые инфекционно-воспалительные заболевания; наличие заболеваний, передающихся половым путем, кроме вируса папилломы человека; злокачественные заболевания шейки матки. Свечи пависин назначались по 1 свече глубоко интравагинально ежедневно на ночь 14 дней в течение 3 циклов. Второй группе, состоящей из 126 пациенток, ничего не назначали.

Пациенткам обеих групп, кроме гинекологического осмотра, провели УЗИ, расширенную кольпоскопию, ПАП-тест, определение ВПЧ до пависина и через 1 месяц после последней свечи. Также проведены иммунологические исследования, которые позволили выявить характерные особенности иммунологических параметров показатели иммунного статуса: ИЛ-2, ИЛ-4, α-ФНО, α-ИНФ, γ- ИНФ, ИЛ-1 и IgA в сыворотке крови женщин. Исследования проводили методом ИФА с применением тест-систем «Вектор - Бест», г. Новосибирск, Россия. Контрольную группу составили 10 практически здоровых женщин.

Результаты и их обсуждение. В группе пациенток с выжидательной тактикой в 2,99 раза чаще имела место АКК, по сравнению с группой женщин, получивших свечи пависин. Кроме того, в группе пациенток, получивших пависин, в 3,7 раза реже верифицировано LSIL/CIN I и в 3,2 раза реже диагностированы ВПЧ, по сравнению с группой, в которой лечение не проводилось.

Анализ полученных данных показал, что иммунная система у женщин с LSIL/CIN I запускает механизм Th2 пути иммунного ответа, активирует противовирусную и противоопухолевую защиту.

Заключение. Результаты показали, что вагинальные суппозитории Пависин обладают доказанным иммуномодулирующим свойством; способствуют нормализации цитокинового статуса; в 2,99 раз улучшают кольпоскопическую картину; в 3,7 раза снижают частоту LSIL/CIN I в ПАП мазках; в 3,2 снижают частоту ВПЧ. Таким образом, полученные результаты диктуют необходимость назначения свечей Пависин пациенткам с LSIL/CIN I, АКК и ВПЧ в цервикальном мазке.

Асадуллоев А.Л., Усмонов З.Х., Каримов И.В., Нуралиев А.У.

НАШ ОПЫТ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ОЖОГОВЫХ РАН И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Отделение детской хирургии ЦРБ Б. Гафурова

Актуальность. Технический прогресс, несомненно, приводит к увеличению ожогового травматизма. По данным литературных источников, несмотря на большие успехи в лечении тяжелых термических ожогов, число больных с послеожоговыми рубцовыми деформациям и уродствами не имеют тенденции к уменьшению. Частота термических ожогов в развитых странах достигает в среднем 1:1000 в год. По данным ВОЗ, ожоги занимают третье место среди прочих травм. Летальность от ожогов в развитых странах (США, Канада, Швеция, Япония и др.) составляет от 15,4 до 59 больных на 1000. Проблема ожогов и их осложнений становится ещё более актуальной, когда используется оружие массового поражения (ядерное, энергия зажигательных средств и лазера). У лиц с послеожоговыми контрактурами и деформациями появляются чувство неполноценности при взаимодействии с обществом [1, 2]. Поэтому задачей современной медицины является необходимость минимизировать количество инвалидизаций среди детей с последствиями ожогов.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе 522 кли-

нических наблюдений за обожжёнными детьми и различными послеожоговыми контрактурами в детском хирургическом отделении ЦБ Б.Гафуровского района за период 2007-2017 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 15 лет. Из 522 обожженных детей, поступивших в детское хирургическое отделение, в возрасте от 1 месяца до 15 лет подверглись пластическим операциям 64 ребенка. В возрасте до 1 года было 12 человек, 1-3 года – 34, 4-14 лет – 18. Из них мальчиков – 41, девочек – 23. На подготовку раны для ранней пластической операции отводилось от 12 до 25 суток.

Результаты и их обсуждение. Ранняя аутодермопластика электродерматомом произведена 24 больным, пластика кожно-жировым лоскутом на питающей ножке (индийский метод) – 8, ликвидация дефектов Филатовским стеблем – 5. Из общего количества больных в 6 случаях произведена некрэктомия с экзартикуляцией пальцев кисти и стопы в связи с наличием некроза. 27 детям проведена пластическая операция при рубцовых контрактурах и деформациях. У 18 пациентов пересаженный материал зажил после первой пластики, у 4-х пришлось пересадить частично второй материал, а ещё у 2-х - в третий раз. Трём пациентам выполнена аутогомодермопластика, при которой вторым донором являлись матери. Поздние пластические операции произведены свыше 8 месяцев после получения травмы. При развитии рубцовых контрактур и деформаций раны с пересаженным материалом зажили первично. Все операции производились под общим обезболиванием, 12 из них в условиях ИВЛ. Летальных исходов в наших наблюдениях не отмечались. Из 64 проведенных пластических операции полный косметический эффект достигнут у 27 больных. В остальных случаях на местах пересаженной кожи образовались участки депигментации и нежные плоские рубцы, не приводившие нарушению функций.

Ожоговая болезнь, особенно у детей до 1 года, протекает тяжело в связи с незрелостью всех органов и систем, что обусловлено возрастными особенностями. Такие осложнения, как рубцовые контрактуры и деформации, развиваются из-за несвоевременного выполнения ранней пластической операции.

Таким образом, по нашим данным, своевременно проведенная кожно-пластическая операция дает большой процент косметической и эстетической эффективности, за исключением образования небольших участков депигментаций и нежных плоских рубцов.

Выводы

1. Результаты хирургического лечения обожжённых детей во многом зависят от дифференцированного подхода к выбору адекватного способа оперативного лечения, учета тяжести повреждения целостности кожных покровов, степени деформации отдельных частей тела и суставов.

2. Фиксация оперированных пальцев за кончик ногтевых фаланг на металлическую шину в виде вытяжений предупреждает развитие тугоподвижности в суставах и резко уменьшает рецидивы контрактур.

3. Проведение своевременной пластической операции при обширных и глубоких дефектах резко снижает развитие различных деформаций отдельных частей тела и сводит инвалидизацию детей к нулю.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоев Дж.А., Гайратов Т.Г., Пайков И.А. Некоторые аспекты ожоговых травм в Республике Таджикистан (распространенность, проблемы и перспективы лечения) // Вестник акдадемии медицинских Наук Таджикистана. 2018. Т. VIII, №1 (25). С. 5-9

2. Пак Л.Н. с соавт. Первичная повязка при ожогах; в кн.: Вопросы клинической медицины // Материалы научно-практической конференции Душанбе, 1970. С. 121-122.

Ахмедова Т.М., Алиева Р.Я., Талбова Н.С.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА МАТЕРИ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Важное медико-социальное значение заболеваемости беременных женщин сахарным диабетом (СД) определяется высокой частотой неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для новорожденного. У женщин с различными типами СД чаще встре-

чается осложненное течение беременности и родов, что не может не сказываться на течении неонатального периода и состоянии новорожденного ребенка [1,5]. Пороки развития и мертворождение встречаются в 10–12% случаев у новорожденных женщин с различными типами СД [3,4]. СД нередко осложняется артериальной гипертензией, индуцированной беременностью, и вследствие этого отмечается повышенный риск преэклампсии и эклампсии, которые встречаются в 4 раза чаще, чем у женщин, не страдающих СД. Гиперинсулинизм плода, обусловленный диабетом матери, связан с макросомией и высоким уровнем врожденных травм и операций кесарева сечения, неонатальной гипогликемией, респираторным дистресс-синдром и, вследствие внутриутробного программирования, развитием осложнений метаболического синдрома в детском или подростковом возрасте [1,5].

Цель исследования. Изучить влияние сахарного диабета матери на перинатальные исходы.

Материал и методы исследования. С целью изучения особенностей течения раннего неонатального периода новорожденных нами проведен ретроспективный анализ 62 историй матерей с сахарным диабетом в клинике ГУ НИИ АГиП и городских родильных домов Душанбе за 2014-2017 гг. Из 62 проанализированных историй до 12 недель неразвивающаяся беременность зарегистрирована у 4 (6,4%), самопроизвольный выкидыш наблюдался у 3 (4,8%), выкидыш в позднем сроке - у 4 (6,4%), антенатальная гибель плода - у 4 (6,4%). В роды вступили с живым плодом 47 беременных. Сравниваемая 2 группа (п-40) ретроспективного исследования сформирована из числа здоровых родильниц.

Результаты и их обсуждение. Изучение возрастного состава беременных с СД 1 типа выявило, что средний возраст реципиентов составил 28,7±2,1%. Распределение обследованных женщин по месту жительства показало, что жительниц города – 35 (56.4%) - было почти в 2 раза больше, чем жительниц села – 17 (27,4%). Количество первородящих – 12 (19,3%) и многорожавших женщин - 14 (22,5%) - было примерно одинаковым, в то время как повторнородящих – 36 (58,0%) - было в 4 раза больше, чем первородящих и многорожавших женщин. Наиболее часто встречающимся экстрагенитальным заболеванием у женщин с сахарным диабетом 1 типа явилась анемия – 20 (32,2%), заболевания мочевыводящей системы – 12 (19,6%) и заболевания щитовидной железы – 12 (19,6%).

В процессе родов выявлена патология: обвитие пуповины вокруг шеи плода – в 22 (46,8%), длинная пуповина – в 3 (6,3%), короткая – в 4 (8,5%) случаях. Внутриутробная гипоксия плода имела место в 10 (21,2%) случаях. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод у 11 (23,4%), аномалией родовой деятельности у 4 (8.5%) женщин. Роды закончились абдоминальным путем у 9 (19,1%) рожениц. При этом у 50% женщин показанием для операции кесарево сечение явилась внутриутробная гипоксия плода, которая была диагностирована с использованием КТГ в отделении патологии беременности. При ведении родов через естественные родовые пути вакуум-экстракция плода произведена в 4 (8,5%) случаях. Через естественные родовые пути без оперативных вмешательств роды проведены 38 (80,9%) женщинам. Срочные роды произошли у 36 (76,5%), преждевременные - у 11 (23,4%) женщин. Срок родоразрешения колебался от 36 до 41 недель.

Характеристика новорожденных у женщин с сахарным диабетом 1 типа

Группа	*п-47*	*М±т %*	*п-40*	*М±т %*
Диабетическая фетопатия, из них с кардиомиопатией	33 3	70,2±6,7 6,4±3,5	- -	- -
Асфиксия новорожденных	7	14,9±5,2	1	-
Врожденные пороки развития	3	8,5±4,1	-	-
Нарушение мозгового кровообращения	8	17,0±5,5	2	5,0±3,44
Синдром дыхательных расстройств	9	19,1±5,7	5	12,5±5,22
Внутриутробная инфекция	11	23,4±6,1	-	-
Кефалогематома	2	4,2±2,9	2	5,0±3,44

Диабетическая фетопатия наблюдалось у 70,2±6,7% новорожденных. Высокая частота врожденных пороков развития новорожденных у матерей с СД 1 типа может быть связана с декомпенсацией диабета в первом триместре беременности - 8,5±4,1. Высокая частота нарушений мозгового кровообращения у новорожденных, возможно, связана как с воздействием гипергликемии, так и перенесенной асфиксией в родах - 17,0±5,5. Синдром дыхательных расстройств встречался у 19,1±5,7% новорожденных. Высокая частота внутриутробной инфекции у новорожденных матерей с СД связана с высокой частотой воспалительных заболеваний у данного контингента

женщин - 23,4±6,1%. Наличие неврологической симптоматики у новорожденных с СД связано не только с перенесенной в родах гипоксией, но и с неблагоприятным влиянием гипергликемии на плод.

В раннем неонатальном периоде из 47 новорожденных у матерей с СД 1 типа умерли 2 новорожденных, матери которых которые были родоразрешены в 34 и 35 недель беременности в связи с тяжелой преэклампсией.

Заключение. Перинатальная заболеваемость и смертность новорожденных у матерей с сахарным диабетом 1 типа остаётся высокой и требует принятия комплексного научно-обоснованного подхода к планированию и ведению беременности у женщин с сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1200 с.

2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. М.: МИА. 2011. С. 259-326.

3. Капустин Р.В., Аржанова О.Н., Беспалова О.Н., Ковалева Т.Г. Современные представления о тактике родоразрешения беременных с г гестационным сахарным диабетом // Журнал акушерства и женских болезней. 2014. №3. С. 9

4. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы. Душанбе, 2012. С. 50

5. Харкевич О.Н., Барсуков А.Н., Панкратова О.А., Римашевский В.В., Скрипленок Т.Н. Ведение беременности у пациенток с сахарным диабетом I типа. Минск: Право и экономика, 2014. 40 с.

Ashurov G.G., Ismoilov A.A.

X-RAY ESTIMATION OF THE ALVEOLAR BONE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES OF ORGAN AND SYSTEMS

Department of Therapeutic Dentistry of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Actually. Prevalence of chronic generally gingivitis and parodontitis amongst gastrointestinal patient has formed 7.4 and 90.4% accordingly, amongst pulmonologist patient - accordingly 7.8 and 88.2%, amongst examined with hart pathology - accordingly 5.9 and 88.8% under corresponding to importance 11.2 and 85.8% amongst somatic notburdened patient [2, 3].

Studies of the row of the authors [1, 4] are indicative that solve process in alveolar bone is found in close-fitting interconnection with local osteoporosis. Appearance active centre osteoporosis in interdental alveolar partiton brings about sharp progressive destruction process of the alveolar bone, expressed relationship which in significant measure is defined prevalence centre of the osteoporosis.

With account stated, greater urgency presents the development of the diagnostic criterion for the reason estimations of the process osteoporosis in alveolar bone in patients with chronic diseases organ and systems, which have allowed select the group of the risk on development its active forms, bring about quick lyses bone fabrics around teeth.

Purpose of persisting studies. Was a creation diagnostic standard of estimation expressed relationship of osteoporosis processes in alveolar bone of the patients with chronic diseases organ and systems in condition of manyprofile hospitals.

Material and methods. Under observation on length 3 years were found 78 patients at age from 20 before 60 years and senior with diseases of the gastrointestinal tract (25 person), endocrine (27) and cardiovascular (26) pathology. Gross amount of the examined (46.8%) amongst investigations have formed women, men – 53.2%. In the course of x-ray examination in patient one-hundred-percent is revealed chronic generally of the parodontitis. First degree to gravity of the parodontitis is diagnosed beside 34 (43.6%) patients, the second - beside 32 (41.0%), the third - beside 12 (15.4%) patients.

Alongside with enumerated above clinic-subscripted studies, also realized x-ray study – ortopantomography and, perforce, aiming x-ray. Got x-ray picture were analyzed under magnifying glass (under 2- and 4-times increase). In the following took into account the following x-ray symptoms of the osteoporosis: condition of the bone beem, presence to trends to expansion of the cell’s space, appearance centre raised transparencies bone fabrics in interdental of alveolar partiton, disappearance of the compact

plate in the field of their top, presence or absence on peripheries bone fabrics zones surplus sediment lime (presence sclerosis sign of the bone fabrics), type resobtion (vertical or horizontal).

Results of the study and their discussion. At x-ray study of the 78 patients with periodontal and commonsomatic pathology for the reason diagnostics of the activities osteoporosis in alveolar bone only beside 53 (67.9%) patients were clearly revealed centers of the brightening that has allowed realistically to define beside them presence of osteoporosis (determined osteoporosis).

On x-ray picture under determined osteoporosis beside 46 (59.0%) patients in the field of resorbed top of the interdental alveolar partiton registered the zones surplus sediment calcium; beside remained 32 (41.0%) patient is noted only loss clearness periphery area of the bone fabrics.

Epidemiological observation patients of many-profile hospitals with presence of chronic generally parodontitis of the different degree to gravity from 1 before 3 years has shown that beside 67 (85.9%) patients with revealed probable osteoporosis (without surplus sediment calcium), which is come was revealed in the field of frontal teeth upper and mandible, in 14 months appeared the defined by x-ray centers of the osteoporosis with localization in area diagnosed earlier us probable osteoporosis. In patients with diagnosed of probable osteoporosis, in the field of frontal teeth of the mandible only, hereto period of the observations, determined osteoporosis came up for 37.2% events (29 patients). However, through 2 and more years and beside rest 49 patients (62.8%) probable osteoporosis transition in determined.

Results of the studies on dispensary stage of the parodontology patients with commonsomatic pathology have revealed the maximum reduction of the height teeth alveolar partiton beside sick with determined generally osteoporosis, which does not be accompanied raised postponing calcium on peripheries of the interdental alveolar partiton (to 2 year - on 1.1±0.2 mm, to 3 - on 1.5±0.2 mm). In patients with chronic diseases organ and systems in events of the localizations of the defined osteoporosis in the field of only teeth to mandible, degree резорбции bone fabrics of the alveolus turned out to be smaller (to 2 year – 0.5±0.07 mm, to 3 – 0.8±0.09 mm).

In dynamic aspect in patients with presence of the zones raised mineral sediment us is not installed the most further reduction of the height interdental alveolar partition through 1 year (in 85.7% events), in 18 months - beside 81.6% patients, through 3 year - beside 79.5% examined.

Thereby, got a parondontological results allow to install the risk of the osteoporosis' development and forecast the development actively progressing resorbtion of the bone fabrics in patients with chronic diseases organ and systems.

LITERATURE

1. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология; пер. с нем. / под ред. Г.М. Барера. М.: МЕДпресс-информ. 2012. 548 с.

2. Casamassimo P. Relationships between oral and systemic health // Pediatr Clin North Amer. 2013. Vol. 47, N 5. P. 1149-1157.

3. Fowler F.B., Breault L.G. Periodontal disease and its association with systemic disease // Mil Med. 2011. Vol. 166, N 1. P. 85-89.

4. Kinane D.F., Marshall G.J. Periodontal manifestation of systemic disease // Austr Dent J. 2011. Vol. 46, N 1. P. 2-12.

Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Гурезов М.Р.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПРЕСС-МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Стоматологические пациенты являются наиболее уязвимой частью социума, испытывающей эмоциональный стресс. Однако влияние стресса в целом на организм стоматологического пациента изучено недостаточно [1-4].

Цель исследования. Оценка эмоционального состояния пациентов перед амбулаторным стоматологическим вмешательством.

Материал и методы исследования. Уделяя значительное место оценке эмоционального

статуса, у 72 стоматологических пациентов использовали унифицированную методику экспресс-диагностики, так называемую «Шкалу Клиническую Стоматологическую» (И.Ю. Гринькова и соавт., 1999), представляющую собой усовершенствованный способ определения эмоционального состояния больных.

Степень выраженности эмоциональных реакций среди стоматологических пациентов оценивалась по 4-балльной системе: 0 – эмоциональная реакция отсутствует; 1 – легкая степень эмоциональных нарушений; 2 – умеренная степень эмоциональных нарушений; 3 – выраженная степень эмоциональных нарушений.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов эмоционального состояния с использованием экспресс-метода диагностики свидетельствует о наличии астенической реакции у 37,7% лиц от общего количества пациентов. Пациенты этой категории считают, что в условиях амбулаторного стоматологического приема они всегда будут ощущать общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, плаксивость по незначительным поводам, плохую переносимость резких звуков и яркого цвета, головную боль и вегетативную лабильность.

У 33,8% обследованных лиц при обращении к стоматологу отмечается плохое и безразличное настроение, что свидетельствует о наличии депрессивной реакции организма. При посещении врача-стоматолога 14,5% лиц отмечают внутреннюю напряженность, беспокойство, волнение и страх. Такие пациенты накануне стоматологического приема отмечают плохой сон. Перечисленные признаки косвенно свидетельствуют о наличии тревожной реакции организма среди опрошенных пациентов.

При интервьюировании обследованных лиц также выяснилось, что 12,2% из них в момент обращения к специалисту проявляют беспокойство за свое состояние, предъявляют много необоснованных жалоб, подробно соблюдают хронологию событий и образно описывают характер болевых ощущений. У таких лиц с ипохондрической реакцией отмечается несоответствие между обилием жалоб и имеющимися изменениями в органах ротовой полости.

У 1,8% опрошенных стоматологических пациентов поведение характеризуется демонстративностью, театральностью, стремлением привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, что свидетельствует о наличии истерической реакции организма в целом. При волнении у таких лиц могут наблюдаться самые различные вегетативные расстройства (чувство нехватки воздуха, комка в горле, тремор пальцев рук, красные пятна на коже).

В процессе опроса при сборе характерологического анамнеза стоматологического пациента оценивали внешний вид, его поведение в кресле и характер ответов на поставленные вопросы, отмечали степень выраженности каждого из выделенных типов реакций, руководствуясь их описанием. По полученным результатам в указанном аспекте, соединяя показатели степени выраженности этих реакций по подшкалам прямыми линиями, вычерчивали эмоциональный профиль стоматологического пациента.

Занимаясь исследованием эмоционального статуса пациентов, выявили наиболее характерную характерологическую реакцию тревоги (45 человек – 62,5%), причем выраженность этой реакции чаще всего колебалась между 1-й и 2-й степенями. При приеме этой категории пациентов с умеренной и выраженной степенью эмоционального напряжения использовалась премедикация с положительным эффектом обезболивания. Через 40 мин после премедикации стоматологическая манипуляция среди «трудных» пациентов прошла без особенностей и осложнений, боли и эмоционального дискомфорта пациент не испытывал. Такие пациенты высказали желание продолжить стоматологическое лечение.

Заключение. Таким образом, используя экспресс-метод диагностики у стоматологических пациентов, нам удалось наглядно продемонстрировать их эмоциональный статус и одновременно получить положительные результаты стоматологического лечения на амбулаторном приеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурезов М.Р., Нарзуллоев З.Н. Совершенствование стоматологической помощи у больных с различным уровнем тревожности // Стоматология Таджикистана. Душанбе, 2013. № 1. С. 23-28.

2. Холияров Х.М., Каримов С.М., Ашуров Г.Г. Результаты оценки характерологического статуса ортопедических пациентов с окклюзионными дефектами зубных рядов // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. Душанбе, 2013. № 1. С. 56-58.

3. Jack A.G., Graham D.B. Stress and distress in dentistry // Stress Medicine. 2011. Vol. 14. P. 213-217.

4. Nadine A.L. Psychologic facets of esthetic dental health care: A developmental perspective // J. Prosthetic dentistry. 2010. Vol. 64, N 4. P. 486-487.

Болиева Г.У., Курбанова М.Х.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ – ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. В настоящее время отмечается тенденция роста частоты доброкачественных образований матки у женщин репродуктивного возраста. Если в 80-е годы частота оперативных вмешательств по поводу миомы матки составляла 30-50%, то в настоящее время она достигает 70-75% и более [3, 4]. Для пациентки репродуктивного возраста с миомой матки зачастую органосохраняющие операции являются единственной возможностью для реализации генеративной функции, в связи с чем возрастает число различных малоинвазивных методик оперативного лечения миомы матки [1, 3, 5]. Несмотря на то, что имеющиеся методы лечения не устраняют этиопатогенетических факторов и не предупреждают развития доброкачественных заболеваний матки, они, тем не менее, дают возможность сохранить детородный орган и надежду на реализацию своей детородной функции [1, 2, 5]. Применение новых технологий является приоритетным в медицине, требует дальнейших изысканий в данной сфере науке.

Цель исследования. Изучить гинекологический статус, репродуктивные потери и перинатальные исходы у пациенток с миомой матки, которым проведено оперативное органосохраняющее лечение.

Материал и методы исследования. В статистический анализ включены 25 пациенток репродуктивного возраста с диагностированной миомой матки в возрасте от 22 до 40 лет, проходивших обследование и лечение в гинекологическом отделении Таджикского Научно- исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ. В комплексное обследование были включены традиционные методы клинического, лабораторного обследования, бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза, расширенная кольпоскопия шейки матки, методом анкетирования изучен анамнез, репродуктивные потери, перинатальные исходы.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных составил 33,1±15,7 лет. Гинекологический анамнез был отягощен первичным бесплодием у 28%/7, что явилось основным показанием для проведения органосохраняющих операций, в 72%/18 случаев имело место вторичное бесплодие, из них 40%/10 пациенток предполагало реализацию репродуктивной функции в случае удачного выполнения консервативной миомэктомии, 32%/8 других пациенток настаивали на органосохранении. Длительность бесплодия варьировала от 2 до 12 лет, в среднем 5,6±3,6 лет. Репродуктивный анамнез пациенток характеризовался наличием самопроизвольных выкидышей (12%/3), неразвивающейся (24%/6) и внематочной беременности (8%/2). 40%/10 женщин проходили амбулаторное и стационарное лечение бесплодия, которое включало использование различных гормональных препаратов с неоднократной последующей стимуляцией овуляции. 28%/7 пациенток увеличение диаметра миоматозного узла связывают с предыдущим гормональным лечением бесплодия. Для этой категории консервативная миомэктомия была последней возможностью реализовать репродуктивную функцию. Основной жалобой пациенток было нарушение менструального цикла (НМЦ), при этом преобладали нарушения по типу циклической гиперполименореи (84%). Практически у каждой 2 пациентки (56%) отмечался болевой синдром. Нарушение функции смежных органов и дискомфорт, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря сопровождало 36% пациенток. По данным УЗИ, формы миомы матки были представлены следующим образом: узлы с интрамуральным расположением - 40%/10, интрамурально-субмукозная форма узла с деформацией полости матки - 36%/9. Данные УЗИ позволили предположить, что удаление миомы матки у этих больных будет сопровождаться вскрытием полости матки, что снижает перспективы наступления беременности. Интрамурально-субсерозная локализация узла диагностирована в 24%/6. Размер доминирующего узла в группах варьировал от 5 до 11см. Количество миоматозных узлов варьировало от 1 до 4. С целью уточнения состояния шейки матки всем пациенткам проведено кольпоскопическое и цитологическое исследование. По результатам расширенной кольпоскопии гипертрофические изменения шейки матки установлены у 25%, преобладали признаки реактивных изменений в виде полнокровия и ломкости сосудов, признаки инфекционного и вирусного поражения цилиндрического многослойного эпителия (36%). Оперативное лечение проведено с соблюдением

ряда принципов: использование эстетических минилапаротомных разрезов, бережная энуклеация узлов с минимальным повреждением соседних тканей, анатомичное восстановлением целостности матки, использование гипоаллергенного шовного материала. В процессе операции вскрытие полости матки произошло в 32%/8, в 68% вскрытия полости матки не произошло. Длительность восстановительного периода репродуктивной функции варьировала от 6 месяцев до 3,8 лет, в среднем 2,6±1,6.

Беременность наступила у 28%/7 пациенток, из них 1/4% у пациенток с субмукозным расположением узла и вскрытием полости матки, остальные - у пациенток, оперативное лечение которых прошло без вскрытия полости матки. В 12%/3 беременность удалось доносить, пациентки были родоразрешены путем кесарева сечения, у 4%/1 наблюдались самостоятельные роды недоношенным плодом, у 8%/2 беременность прервалась в сроке 7-11 недель и в 4%/1 диагностирован пузырный занос, в связи с чем последовало инструментальное опорожнение полости матки.

Заключение. Консервативная миомэктомия позволила в 28% случаев восстановить репродуктивную функцию. При этом выявлено, что прогноз наступления беременности ухудшается при вскрытии полости матки при субмукозном расположении узла. Тем не менее, данный объем оперативного лечения позволил 16% пациенток реализовать репродуктивную функцию, у других восстановить менструальную функцию и избежать психологической травмы, связанной с потерей органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение // Информационный бюллетень. М.: Status praesens, 2014. С. 22.

2. Сидорова И.С., Агеев М.Б. Клинико-морфологические особенности простой и пролиферирующей миомы матки // Российский вестник акушера- гинеколога.2013. Т. 13, № 6. С. 34–38.

3. Тихомиров А.Л. Миома, патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М., 2013. 319 с.

4. Толибова Г.Х., Траль Т.Г. и др. Эндометриальная дисфункция: Алгоритм клинико-морфологического исследования: Учебное пособие для врачей. М.: ГПАБ, 2016. 44 с.

5. Maruo T., Ohara N. et al. Lessons learned from the preclinical drug discovery of asoprisnil and ulipristal for non-surgical treatment of uterine leiomyomas // Expert Opin Drug Discov. 2011. № 6 (9). P. 897–911.

Гафуров К.Б., Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Ниёзов М.И., Облокулов Х.О., Муллоджанов А.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Детское хирургическое отделение Центральной городской больницы г. Истаравшан

Актуальность. Изучение результатов хирургического лечения детей, у которых оперативное вмешательство заканчивалось абдоминальным дренированием брюшной полости, по данным разных авторов, свидетльствует о том, что этот способ сопровождается различного рода неудачами и осложнениями (в 10-70% случаях). Исход хирургического вмешательства на органах брюшной полости во многом зависит от эффективности способа дренирования. До настоящего времени продолжаются споры о способах дренирования, форме и материале дренажа, показаниях и частоте их использования [2]. При решении вопроса о дренировании брюшной полости необходимо определить оптимальный способ, эффективность и возможности меньшего количества осложнений. Дренирование брюшной полости является важным завершающим этапом при многих видах оперативных вмешательств. Кроме того, при дренировании брюшной полости необходимо помнить и об отрицательных сторонах [1, 2].

Цель исследования. Обоснование эффективности применения трубчатых полиэтиленовых дренажей при операциях на органах брюшной полости.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет с 2013 по 2017 годы в ДХО Центральной городской больницы г. Истаравшан находились на лечении 192 ребёнка, оперированных на органах брюшной полости, нуждающихся в дренировании: осложненные формы острого аппендицита - 106; перфорация Меккелева дивертикула - 2; апоплексия яичников - 25; разрыв кисты яичников - 9; травмы органов брюшной полости - 22; непрохдимость кишечника - 17; перфорация язвы ДПК - 5; пельвиоперитонит - 2; салпингоофорит - 2; перекрут яичника с трубой - 2. Возрастной состав больных: 1-3года - 6, 3-5лет - 18, 5-7 лет - 26, 7-14 лет - 99, старше 14 лет - 43. Количество мальчиков - 100, девочек - 92. Вид дренажей: перчаточно-марлевые дренажи типа "сигара"- 100, полиэтиленовые трубки - 92 больным. Количество вставленных дренажей в брюшную полость было: по одному дренажу - 77, по два дренажа - 88, по четыре и более дренажей - 27. Сроки удаления дренажей: до одних суток - 34, до трёх суток - 18, до пяти суток - 98, более пяти суток - 42 больным.

До 2016 года использовали перчаточно-марлевые дренажи типа "сигары". При местном неограниченном перитоните через контрапертурный разрез длиной два поперечных пальца вставляли два дренажа: один в малый таз, другой в ложе отростка; при аппендикулярном абсцессе один дренаж через контурапертурный разрез, при разлитом перитоните - через контурапертурные разрезы в обе подвздошные области четыре дренажа, в терминальной фазе перитонита через отдельные разрезы вставляли в боковые каналы живота и подвздошные области по 6 или 8 дренажей - в поддиафрагмалные, подпечоночные области, боковые каналы и полость малого таза. При аппоплексии яичников и разрыве кисты яичников один дренаж - в полость малого таза, при кишечной непрходимости - по показаниям вставляли один или два дренажа. Разрезы приходилось делать максимально широкими чтобы сигары были свободными. В зависимости от промокания повязок за сутки перевязки приходилось менять до 4-5 раз. Дренажи удаляли по мере прекращения выделения жидкости из брюшной полости на 2-5 сутки. После удаления дренажей несколько дней приходилось вставлять в брюшную полость перчаточные полоски, так как выделение жидкости продолжалось. Контрапертурные раны заживлялись в зависимости от размера разреза и состояния брюшной полости от 5 до 20 дней, в течение этого времени проводились ежедневные перевязки. В четырёх случаях пришлось наложить вторичные швы на контрапертурную рану. У одного пациента произошла эвентрация петли кишечника через контрапертурную рану, у другого больного в отдалённом периоде отмечалась послеоперационная вентральная грыжа на месте контрапертурной раны. В 2013-2015 гг. по поводу послеоперационной спаечной болези органов брюшной полости находились на стационарном лечении 64 больных, а за 2016-2017 гг. - 25 больных.

С 2016 года для дренирования брюшной полости мы стали применять полиэтиленовые двухпросветные дренажные трубки. Трубки в брюшную полость вставляли через контрапертурные разрезы длиной в соответствии с её диаметром в подвздошных областях и присоедняли их к полиэтиленовым пакетикам. По показаниям в брюшную полость вставляли от 1 до 4 полиэтиленовых двухпросветных дренажных трубок. При необходимости в послеоперационном периоде в полость абцесса чарез дренаж вводили антибиотики и левомеколевую мазь. Перевязки меняли один раз в сутки, проводился точный учет количества и качества выделяемой жидкости. Дренажные трубки удаляли на 2-8 сутки в зависимости от прекращения выделений из брюшной полости. После удаления дренажных трубок отделяемого из брюшной полости не было, раны заживлялись на 2-3 сутки.

Результаты и их обсуждение. До 2016 года для дренирования брюшной полости мы применяли дренажи типа "сигары". Преимуществом этих дренажей было то, что их можно было готовить различных размеров. Недостатками дренажей являлись: быстрое прекращение функционирования из-за закупорки марлевой трунды фибрином, образование фибринной плёнки вокруг дренажа, не было возможности учета количества и характера отделяемого, неоднократно приходилось менять повязки из-за промокания, не было возможности введения при необходимости лекарственных средств в брюшную полость, контрапертурные разрезы были широкими для профилактики сдавления дренажа, из-за чего раны заживали очень долго.

С 2016 года начали применять полиэтиленовые дренажные трубки с двойным просветом. Положительные стороны этих дренажей заключаются в долгом и эффективном функционировании, возможности точного учёта объема и характера отделяемого из брюшной полости, отсутствии необходимости частых перевязок, возможности введения в брюшную полость или в полость абсцесса антибиотиков, водорастворимых мазей типа левомиколь, контрапертурные разрезы небольшие и быстро заживают после удаления дренажной трубки. Так как эти трубки термолабильные и индифферентные, вокруг них не образуются фибринные плёнки, что является одним

из элементов профлактики послеоперационной спаечной болезни.

Выводы

1. Применние трубчатых полиэтиленовых дренажей у 92 больных показало их эффективность при операциях на органах брюшной полости у детей, благодаря чему учитывалось количество и качество отделяемого, а при необходимости имелась возможность введения в брюшную полость лекарственных средств.

2. Применение трубчатых полиэтиленовых дренажей при операциях на органах брюшной полости значительно сокращает сроки послеоперационного лечения больных.

3. Полиэтиленовые трубчатые дренажи благоприятно влияют на исход лечения и психоэмоциальное состояние детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салахов Е.К. К вопросу о дренировании брюшной полсти. //Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 94, №4. С. 53-57

2. Безгамотный В.В. Дренажи. Ростов-на-Дону, 2010. 112 с.

Гульмурадов Т.Г., Авгонов У., Одил Саидолим, Аликулов А.Г., Шоев Ф.С.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра сердечно–сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский научный центр сердечно–сосудистой хирургии

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является актуальной проблемой здравоохранения, занимая одно из ведущих мест среды причин заболеваемости и смертности населения [1]. Известно, что одним из наиболее эффективных методов хирургического лечения ИБС является коронарное шунтирование (КШ). Однако у пациентов ИБС преклонного возраста со сниженной фракцией выброса и тяжелыми сопутствующими заболеваниями летальность после КШ достигает 7,4-10,8% [2, 3]. При этом отмечают, что большинство осложнений и летальных исходов в группе больных, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК), обусловлены негативным влияниям ИК и пережатия аорты. До настоящего времени нет единого мнения в выборе оптимального метода прямой реваскуляризации миокарда у пациентов ИБС со сниженной фракцией выброса. В связи с этим продолжается поиск путей улучшения результатов КШ путем повышения его эффективности и безопасности у пациентов высокого риска.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных ИБС путем оптимизации выбора метода прямой реваскуляризации миокарда с учетом степени операционного риска.

Материал и методы исследования. Настоящее сообщение основано на анализе результатов обследования и хирургического лечения 194 больных с ИБС, оперированных в РНЦССХ с 2012 по 2017 г. Среди обследованных больных большинство (171) составили мужчины, женщин было 23 (11,9%). Возраст пациентов варьировал от 37 до 76 лет, в среднем составляя 57,1±6,8 лет. Среди них 119 (61,3%) были в трудоспособном возрасте, остальные 75 – в пожилом. Большинство больных (113) относились к III-IV ФК стенокардии, стенокардия II ФК имело место у 70, нестабильная стенокардия у 9 пациентов. В анамнезе инфаркт миокарда наблюдалось у 101 (52,1%) больного. Среди обследованных наблюдалась сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия - у 172 (88,7%), сахарный диабет II типа - у 39 (21,1%), атеросклероз брахиоцефальных артерий - у 32 (16,5%), последствия перенесенного инсульта - у 9 (4,6%), хронические обструктивные заболевания легких - у 17 (8,8%), что повышало риск при выполнении коронарного шунтирования.

В зависимости от вида выполненной реваскуляризации миокарда пациенты были разделены на две группы: первая - 118 человек, которым коронарное шунтирование выполнено на работающем сердце; вторая - 76 больных, которым реваскуляризация миокарда выполнена в условиях искусственного кровообращения. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, частоте сопутствующих заболеваний, уровню

сократительной способности миокарда левого желудочка, степени риска Euro SCORE.

В обеих группах большинству больных (93,3%) выполнялось коронарное шунтирование с использованиям внутренних грудных артерий и аутовенозных трансплантатов.

Всем пациентом было проведено комплексное общеклиническое обследование с применением ЭКГ, Допплер ЭхоКГ, коронароангиографии, лабораторных тестов.

Результаты и их обсуждение. По данным коронароангиографии гемодинамически значимое поражение (стеноз или окклюзия) бассейна одной коронарной артерии в первой группе имело место у 7 (5,9%), во второй группе - у 3 (3,9%) пациентов; поражение бассейна двух коронарных артерий – у 59 (50%) и у 23 (30,3%); поражение бассейна трех коронарных артерии – у 52 (44%) и у 50 (65,9%) пациентов соответственно. В том числе поражения ствола левой коронарной артерии имели место у 19 (16,1%) и 14 (18,4%) пациентов соответственно.

По результатам Допплер ЭхоКГ, средняя фракция выброса левого желудочка в первой группе составила 53,7±4,1%, во второй группе – 52,6±3,9.

Среднее количество шунтов на пациента в группе КШ на работающем сердце составило 2,43±0,9; в группе КШ в условиях ИК - 2,52±0,8 ($p>0,05$). Длительность ИК составила в среднем 86,1±14,3 мин.

Сравнительная оценка непосредственных результатов показала, что среди пациентов после КШ на работающем сердце тяжелые осложнения наблюдались в 2–3 раза реже, чем у больных после КШ в условиях ИК.

В группе пациентов после КШ на работающем сердце послеоперационные осложнения развились в 15 (12,7%) случаях с тремя летальными исходами (2,5%). Среди осложнений преобладали острая сердечная (5) и почечная недостаточность (5). Также наблюдались кровотечение (2), острое нарушение мозгового кровообращения (1), инфекционно–воспалительные осложнения (2).

После 76 операций коронарного шунтирования в условиях ИК осложнения имели место в 34 (44,7%) случаях с 6 (7,9%) летальными исходами. Среди них также преобладали острая сердечная (10) и почечная недостаточность (6). Также наблюдались острый инфаркт миокарда (2), острое нарушение мозгового кровообращения (3), пневмонии (4), кровотечение (3). По сравнению с первой группой, чаще встречались инфекционно–воспалительные осложнения (6,6%) и медиастенит (6,6%). Следует обметить, что эти осложнения в большинстве случав были обусловлены негативным эффектом ИК и пережатия аорты.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что реваскуляризация миокарда на работающем сердце является более безопасной и эффективной, по сравнению с операциями КШ в условиях ИК, что согласуется с данными другим авторов [1-3].

Заключение. Проведение коронарного шунтирования на работающем сердце у больных ИБС способствует снижению риска развития послеоперационного инфаркт миокарда, ОНМК, частоты инфекционных осложнений, летальности, а также сокращению сроков пребывания в стационаре и затрат на лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце / под ред. Л.А. Бокерии. М., 2008. 490 с.

2. Мерзляков В.Ю., Ключников И.В., Бабакулов Н.М. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце при критическом поражении ствола левой коронарной артерии // Анналы хирургии. 2014. №3. С. 26 – 31.

3. Thomas G.N., Martinez E.C., Woitek F. et. al. Off – pump coronary bypass grafting is sate and efficient in patients leftmain discase and higher Euro SCORE // Eur. J. Cardio thorac. Surg. 2009. №36. P. 616 – 620.

Гульмурадова Н.Т., Чепурная Ю.Л., Мелконян Г.Г., Алексеев М.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

ФГУ «Государственный научный центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина» ФМБА России
ГБУЗ ГКБ №4, г. Москва

Актуальность. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний кисти является одной из актуальных проблем клинической хирургии. Среди первичных обращений больных к хирургу

пациенты с панарициями и флегмонами кисти составляют от 15% до 31%. При этом от 50% до 85,5% больных находятся в трудоспособном возрасте [1, 4]. Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения гнойных заболеваний кисти, сохраняется высокая частота ампутаций, неудовлетворительных функциональных и эстетических результатов [1]. У 17-60% больных костным панарицием выполняются ампутации фаланг. Неудовлетворительные результаты лечения пандактилита достигают 60% [3]. В связи с этим возникает настоятельная необходимость поиска более эффективных методов лечения гнойных заболеваний кисти.

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического лечения гнойных заболеваний кисти с применением лазерных технологий.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на результаты лечения 80 больных с гнойными заболеваниями кисти. Среди них мужчин было 55, женщин - 25, в возрасте от 19 до 64 лет, из них 90% составили лица трудоспособного возраста. Глубокие формы панариция имели место у 48 (60%), флегмоны кисти – у 28 (35%), флегмона кисти с переходом на предплечье - у 4 (5%) пациентов. Больные были распределены на 2 группы: в основную включены 40 пациентов, которым использовалась лазерная технология, контрольную составили 40 больных, которым применялось традиционное хирургическое лечение. Как в основной, так и в контрольной группах пациенты были сопоставимы по полу и возрасту, частоте нозологий.

Среди сопутствующей патологии сахарный диабет 2 типа имел место у 16, заболевания сердечно-сосудистой системы - у 12, полинаркомания - у 4, системная красная волчанка - у 1 пациентки. По генезу раны преобладали микротравмы - 45% и укушенные травмы - 30%, производственные травмы составили 10%, постинъекционные – 5%, неясного генеза - 10%.

Всем пациентам проводили комплексное клинико-лабораторное обследование, рентгенографию кисти, УЗИ мягких тканей, посев из раневого отделяемого с определением чувствительности к антибиотикам. При посеве из раневого отделяемого чаще всего (67%) высевался золотистый стафилококк и эпидермальный стафилококк (16.2%). В трех случаях наблюдали анаэробную неклостридальную инфекцию.

Среди пациентов основной группы в 20 случаях выполняли лазерную некрэктомию с наложением первичных швов и установкой дренажно-промывной системы (ДПС). Методика лазерной некрэктомии состояла из следующих этапов: после предварительной проводниковой анестезии 1% р-ром лидокаина по Лукашовичу-Оберсту или по Усольцевой выполняли разрез скальпелем над воспалительным инфильтратом по нерабочей поверхности кожи кисти, далее после ревизии раны производили щадящую некрэктомию CO_2 лазером аппаратом «Ланцет–I» расфокусированным лучом длиной волны 106 нм в непрерывном режиме мощностью от 2,5 Вт до 5,5 Вт. При этом соблюдали максимально бережное отношение к сухожилиям. Обязательным условием для первичного шва и установки ДПС было отсутствие натяжения краев раны. На 2, 3, 4 сутки после операции проводили низкоинтенсивную светодиодную терапию аппаратом АФС «СПЕКТР» мощностью излучения от 2 до 4 Вт в синем спектре света с экспозицией до 5 мин.

У 20 пациентов с пандактилитами и флегмоной кисти после лазерной некрэктомии из-за образования значительного кожного дефекта проводили открытое ведение раневого процесса с применением сеансов фотодинамической терапии (ФДТ). На третьи сутки после лазерной некрэктомии на рану накладывали фотосенсибилизатор «ХЛОДЕРМ 630», с экспозицией 20-30 мин. Далее рану промывали физиологическим раствором и проводили активацию фотосенсибилизатора полупроводниковым лазерным аппаратом «АТКУС-2» с выходной мощностью от 1 до 2 Вт, длиной волны 660 нм, плотностью энергии от 20 до 25 Дж/см² и экспозицией при мощности 2 Вт – 10-12 с. В результате активации фотосенсибилизатора наблюдается фотохимическая реакция с выделением синглетного кислорода, что способствует очищению раны от струпа и наложений фибрина. Мы при панарициях применяли 1 сеанс, при флегмонах кисти - 2 сеанса ФДТ, на 3 и 5 сутки после лазерной некрэктомии. ФДТ оказывает бактерицидный и противовоспалительный эффекты, способствует активации фагоцитоза, улучшению микроциркуляции в тканях, стимулирует репаративные процессы, тем самым ускоряет заживление ран [2].

Результаты и их обсуждение. После лазерной некрэктомии с наложением первичных швов и установки ДПС у 18 пациентов наступило первичное заживление ран. В 2 случаях отмечался краевой некроз кожи с вторичным заживлением. После лазерной некрэктомии с ФДТ в течение 3 суток (до начала ФДТ) сохранялся коагуляционный некроз, и на фоне сеансов ФДТ очищение раны и формирование грануляционной ткани наступили на 5-6 сутки. В контрольной группе этот процесс наблюдался на 10-11 сутки. В группе традиционного хирургического лечения сроки заживления ран в среднем составили 18,7±0,9 суток, в группе пациентов после лазерной некрэктомии с первичными швами и ДПС – 10,8±0,7 суток, у пациентов после лазерной некрэктомии с применением ФДТ - 12,5±0,8 суток. Следовательно,

заживление ран наступало в 1,5-1,7 раза быстрее, чем в контрольной группе пациентов. Ампутация фаланг, повторная некрэктомия не потребовались. У всех пациентов после низкоинтенсивной светодиодной терапии отмечалось существенное снижение болевого синдрома.

Заключение. При гнойных заболеваниях кисти лазерная некрэктомия с наложением первичного шва, а также открытое ведение ран с применением сеансов ФДТ способствуют существенному сокращению сроков заживления ран и достижению хороших функциональных результатов, по сравнению с традиционным хирургическим лечением, что имеет важное социально-экономическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крайнюков П.Е. Комплексное лечение гнойных заболеваний кисти: автореф. дис. … д.м.н. М., 2013. 29 с.
2. Лазеры в клинической медицине. Руководство для врачей / под ред. С.Д. Плетнева. М.: Медицина,1996. 432 с.
3. Чадаев А.П., Любский А.С., Любский А.А. Хирургическое лечение пандактилита. М., Медицина, 2005. 127с.
4. Lukas B., Backer K. Infection on the hand: diagnosis and therapy // MMW Fortschr. Med. 2008. Vol. 150, № 40. P. 263-268.

Гурезов М.Р., Ёраков Ф.М., Исмоилов А.А.

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ И РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Проблема эмоционального стресса приобрела первостепенное значение в развитии патологических изменений организма. Вместе с тем, понятие о стрессе и его содержании не имеет однозначного научного определения, изучение его влияния на состояние целостного организма непрерывно продолжается. Сформировавшаяся тенденция к усилению роли стрессовых воздействий, как фактора, разрушающего здоровье, хорошо осознается исследователями [1-5].

Цель исследования. Проведение структурного анализа интенсивности кариеса в зависимости от уровня тревожности пациентов.

Материал и методы исследования. В соответствии с задачами настоящего исследования нами использован клинико-эпидемиологический подход для структурного анализа интенсивного показателя кариеса зубов в зависимости от уровня личностной и реактивной тревожности обследованных. В связи с этим проведено обследование стоматологических пациентов (448 чел.) в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Среди пациентов мужчин было 209 (46,7%), женщин – 239 (53,3%).

С целью выявления личностной и реактивной тревожности стоматологического пациента применяли эмоционально-диагностический метод Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей уровня оказанной стоматологической помощи свидетельствует о значительных недостатках в организации соответствующей службы в зависимости от уровня личностной и реактивной тревожности пациентов. Как свидетельствуют полученные данные, уровень стоматологической помощи среди пациентов с низким уровнем тревожности в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет в среднем составил 32,08% и 39,29% при соответствующих значениях 36,95%, 33,92% и 20,78% у 40-49-, 50-59- и 60-летних и старше. Усредненное значение исследуемой величины у лиц с низким уровнем тревожности составило 29,82%. В целом значение индекса уровня стоматологической помощи у лиц с низким уровнем личностной и реактивной тревожности соответствовало верхней границе недостаточного уровня оказанной помощи.

Повозрастная структура интенсивности кариеса зубов среди обследованных со средним уровнем тревожности свидетельствует о достоверно высоком уровне удельного веса осложненного кариеса, подлежащего лечению (элемент «Р») и удалению (элемент «Х»), по сравнению с данными, полученными у лиц с низким уровнем тревожности.

Доля осложненного кариеса, подлежащего лечению, среди пациентов со средним уровнем

тревожности в 1-й возрастной группе составила 19,1% (у лиц с низким уровнем тревожности – 9,4%), во второй возрастной группе – 25,6% (13,4%), у 40-49-летних – 20,2% (10,6%) при усредненном значении 13,7% (5,3%) – в возрасте 50-59 лет, 10,8% (5,9%) – в группе 60 лет и старше.

Более неоднозначные значения элемента «Х» были характерны для пациентов с низким и средним значениями уровня тревожности, которые были равны в возрасте 20-29 лет – соответственно 6,0% и 16,3%, в возрасте 30-39 лет – 10,6% и 23,1%, в возрасте 40-49 лет – 15,5% и 24,6% при соответствующих значениях 17,6% и 25,0% - в возрасте 50-59 лет, 11,9 и 16,5% - в возрасте 60 лет и старше.

У лиц с высоким уровнем тревожности наибольший удельный вес в структуре интенсивности кариеса во всех возрастных группах занимают удаленные зубы. Так, в первой возрастной группе в структуре индекса КПУ доля удаленных зубов составила 23,8%, во второй группе – 21,9% при среднецифровом значении 30,9%, 46,4% и 64,8% - соответственно в возрастных группах 40-49, 50-59, 60 лет и старше.

Стабильно высокими были значения элемента «Х» (19,2%) у 20-29-летних лиц с высоким уровнем тревожности, 23,5% - в возрасте 30-39 лет, 25,2% - в возрасте 40-49 лет, 25,1% и 16,7% - соответственно в возрастных группах 50-59, 60 лет и старше. Относительно низкое значение исследуемого структурного показателя выявлено в возрастных группах 40-49 (21,3%) лет, 50-59 (14,9%) лет и 60 лет и старше (11,4%).

Результаты изучения индекса уровня стоматологической помощи среди обследованных с высоким состоянием тревожности свидетельствуют о том, что значения уровня стоматологической помощи среди обследованных пациентов не превышали 27,62%, т.е. соответствовали нижней границе низкого уровня соответствующей помощи.

Заключение. Таким образом, полученные данные по изучению индекса уровня стоматологической помощи свидетельствуют о необходимости совершенствования стоматологической помощи пациентам в зависимости от уровня личностной и реактивной тревожности обследованных лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бугровецкая О.Г., Максимовская Л.Н., Бугровецкая Е.А., Соловых Е.А. Взаимосвязь функционального состояния зубочелюстной и вегетативной нервной системы // Мануальная терапия. 2010. № 2(38). С. 18-23.

2. Гурезов М.Р. Комплексный анализ индивидуально-типологического статуса стоматологических больных // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе, 2010. № 1. С. 63-66.

3. Гурезов М.Р., Махмудов Д.Т. Оценка организации стоматологической помощи у больных в зависимости от индивидуально-типологическорго статуса // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. Душанбе, 2013. № 1. С. 12-15.

[1]Джаббаров А.А., [1]Дадабаев Д.У., [1]Гулмурадов Т.Г., [2]Рахмонов Д.А.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Актуальность. Экссудативный (выпотной) перикардит (ЭП) является наиболее частой патологией перикарда и имеет тенденцию к росту [1]. Наиболее грозными осложнениями ЭП являются тампонада сердца и развитие тяжелой сердечной недостаточности, обусловленной диастолической дисфункцией миокарда [1, 3], что свидетельствует о важности изучения данной патологии.

До недавнего времени для лечения хронических экссудативных перикардитов (ХЭП) применялись перикардиоцентез и субтотальная перикардэктомия, сопровождающиеся тяжёлыми осложнениями, рецидивами заболевания и высокой летальностью, достигающей 10-13,6% [1, 3]. В литературе последних лет появились сообщения о видеоторакоскопической фенестрации перикарда с формированием плевроперикарди-

ального свища для оттока жидкости из полости перикарда в плевральную полость [2, 4]. Авторы отмечают малую травматичность, резкое снижение частоты осложнений и сокращение срока стационарного лечения. Однако широкому внедрению видеоэндохирургической технологии при лечении ХЭП препятствует отсутствие единого мнения о показаниях, тактике и технике выполнения видеоторакоскопических вмешательств.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения экссудативного перикардита путем применения видеоэндохирургической технологии.

Материал и методы исследования. Настоящее сообщение основано на результатах обследования и хирургического лечения 80 больных с хроническими экссудативными перикардитами в отделении хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2000 по 2017 гг. Возраст пациентов варьировал от 17 до 65 лет. Средний возраст больных составил 32,1±1,7 лет. Длительность заболевания колебалась от 1,5 до 6 месяцев. Клиническая картина ХЭП, как правило, была выраженной и сопровождалась явлением хронической тампонады сердца.

Всем больным проведены общеклинические, биохимические, рентгенологические, электрокардиографические (ЭКГ), эхокардиографические (ЭхоКГ) методы исследования и изучена функция внешнего дыхания (ФВД).

Рентгенологическим признаком ХЭП было увеличение размеров и изменение конфигурации сердечной тени, сглаженность кардиодиафрагмального угла и повышение кардиоторакального индекса до 0,73±0,029. При ЭКГ было характерным снижение вольтажа зубцов желудочкового комплекса QRS, а также сокращение интервала PP и RR .

При ЭхоКГ отмечалось наличие выпота в полости перикарда (от 500 до 2000 мл), уплотнение и утолщение перикарда от 5-6 до 20 мм, уменьшение размеров правого желудочка и левого предсердия до 21,7±1,62 и 27,2±1,18 мм соответственно, увеличение правого предсердия до 28,4±1,58 мм. При этом значительно были снижены конечно-диастолический объём (КДО) и конечно-систолический объём (КСО) левого желудочка, а фракция выброса (ФВ) составила 60,6±3,09%, что свидетельствует о подавлении функции ПЖ вследствие его компрессии.

В зависимости от выбора метода хирургического лечения больные были разделены на две группы: в первую включены 30 пациентов с ХЭП без утолщения перикарда, которым из-за неэффективности комплексного консервативного лечения была проведена видеоторакоскопическая фенестрация перикарда в области верхушки левого желудочка; во вторую вошли 50 больных ХЭП с утолщением перикарда, которым выполнена субтотальная перикардэктомия с применением Т-образной стернотомии.

Результаты и их обсуждение. Анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных с ХЭП показал, что применение видеоторакоскопической технологии сокращает сроки пребывания больных в стационаре с 15,3±1,4 до 6,1±0,7 дней, что обусловлено уменьшением травматичности операции и частоты осложнений (табл).

Сравнительная оценка результатов хирургического лечения

Сравниваемые методы	*Количество операций*	*Койко-дни*	*Летальность*	*Нагноение раны*
Торакоскопическая фенестрация перикарда	30	6,1±0,7	-	1 (3,3%)
Субтотальная перикардэктомия	50	15,3±1,4	1 (2,5%)	2 (5%)

После хирургического лечения ХЭП у обеих групп больных, отмечены положительные изменения геометральных и функциональных показателей сердца по данным ЭхоКГ. Установлено достоверное увеличение размеров правого желудочка на 35,7%: с 21,7±1,62 до 33,7±0,47 мм; левого предсердия на 15,3%: с 21,7±1.62 до 32,1±0,69 мм; уменьшение объема правого предсердия на 17,3%: с 28,4±1,58 до23,5 ±0,38 мм ($p<0,05$). При этом КСО левого желудочка возрос с 16,9±0,68 до 26,5±0,43 мл; КДО – с 34,8±0,98 до 68,2±0,52 мл соответственно, что привело к увеличению ФВ на 10,4%: с 60,6±3,09 до 67,6±0,71% ($p<0,05$).

Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности оперативных вмешательств с применением видеоторакоскопической технологии в ранние сроки ХЭП, до наступления дегенеративных изменений в сердце и других жизненно важных органах, что согласуется с данными других авторов [2, 4].

Заключение. При неэффективности консервативного лечения ХЭП целесообразно применение видеоторакоскопической фенестрации перикарда, которая, устраняя хроническую тампонаду сердца, существенно улучшает функциональные показатели сердца. При ХЭП с утолщением перикарда методом выбора является субтотальная перикардэктомия с применением Т-образной стернотомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахимов З.З., Усманов Н.У., Джабборов А.А. Новые аспекты диагностики и лечения хронических перикардитов. Душанбе, 2007. 100 с.

2. Айвазьян С.А. Хирургическое лечение экссудативного перикардита с синдромом сдавления сердца: Автореф. дисс…к.м.н. Нижний Новгород, 2013. 21с.

3. Гиляревский С.Р. Диагностика и лечение заболеваний перикарда: современные подходы. М.: Медиа-Сфера, 2014.132 с.

4. Fibla J.J., Molins L., Mier J.M. et al. Pericardial Window by videothoracoscope in the treatment of pericardial effusion and tamponade // Cir. Ecp. 2008. Vol 83 (3). P. 145 -148.

[1]Ёраков Ф.М., [1]Нуров Д.И., [2]Мухиддинов А.Д.

ПАРАЛЛЕЛИЗМ В ИСХОДНОЙ ВЕЛИЧИНЕ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПРИРОСТЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Для стоматологии чрезвычайно актуальна практическая ценность понятия «резистентность» эмали, так как ее формирование связано с образованием эмали, как ткани, и происходит, как правило, в период закладки временных и постоянных зубов [2, 4]. Структурно-функциональная резистентность эмали может меняться в различные периоды детства, когда происходит так называемое созревание эмали, переходя как на более высокий, так и на более низкий уровни под воздействием управляемых или относительно управляемых факторов [1, 3].

Цель исследования. Изучить ассоциированные изменения эмалевой резистентности и прироста интенсивности кариеса зубов.

Материал и методы исследования. С целью определения реальной значимости эмалевой резистентности провели исследования на 136 зубах добровольцев из числа обследованных с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали (33), при среднем (36), низком (34) и очень низком (33) уровнях исследуемого показателя.

Задачи по оценке прироста интенсивности кариеса зубов в зависимости от структурно-функциональной резистентности эмали решались на основе собственного наблюдения исследуемых возрастных групп (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет). Для решения данного вопроса представлены результаты изучения прироста интенсивности кариеса за три года у лиц со средним, низким и очень низким уровнями структурно-функциональной резистентности эмали.

Результаты и их обсуждение. Прирост интенсивности кариеса зубов среди исследуемых возрастных групп с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали через 2 года после первичного обследования в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет соответствовал 0,37±0,06 и 0,37±0,05 при усредненном значении 0,42±0,08 и 0,39±0,03 в возрасте 40-49 и 50-59 лет. В целом за исследуемый период (2014-2016 гг.) значение прироста интенсивности кариеса зубов среди обследованных возрастных групп составило соответственно 0,70±0,12, 0,70±0,09, 0,75±0,14 и 0,72±0,08.

По аналогичной программе было проведено изучение прироста интенсивности кариеса зубов у лиц со средним уровнем структурно-функциональной резистентности эмали. Детальная обработка полученных данных позволила установить определенные закономерности в интенсивности кариеса и оценить их динамику за 3 года. При сопоставлении данных показателей отмечался определенный прирост интенсивности кариеса зубов. Так, за исследуемый период он составил в возрасте 20-29 лет 0,96±0,15 при среднецифровом значении 0,89±0,07, 0,82±0,13 и 0,90±0,12 у лиц в возрасте 30-39, 40-49 и 50-59 лет.

Повозрастная характеристика полученных материалов позволяет констатировать, что за 3 года резко возросла интенсивность поражения кариесом у лиц с низким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали. Так, в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49 и 50-59 лет показатель интенсивности возрос

на 1,29±0,18, 1,47±0,13, 1,07±0,17 и 1,22±0,14 соответственно.

За исследуемый период прослеживались статистически достоверные различия в динамике интенсивности кариеса зубов у лиц с очень низким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали. Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что прирост интенсивности кариеса был самым значительным практически во всех возрастных группах. Спустя 3 года после первого обследования стоматологического статуса прирост кариеса зубов в возрасте 20-29 составил 1,74±0,16 при соответственных значениях 1,91±0,13, 1,85±0,13 и 1,77±0,18 в возрасте 30-39, 40-49 и 50-59 лет.

Результаты динамического наблюдения указывают на четко выраженную положительную динамику стоматологического статуса, касающуюся уровня интенсивности кариеса в зависимости от структурно-функциональной резистентности эмали.

Заключение. Таким образом, представленные материалы предопределяют необходимость дифференцированного подхода к вопросам организации и планирования стоматологической помощи населению с учетом выявленного уровня прироста кариеса зубов в зависимости от структурно-функциональной резистентности эмали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ёраков Ф.М. К вопросу о динамике интенсивности кариеса и скорости естественной реминерализации дефекта эмали в зависимости от структурно-функциональной резистентности эмали // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИПМК. Душанбе, 2013. № 2. С. 16-19.

2. Нуров Д.И., Ашуров Г.Г. Взаимообуславливающие изменения уровня эмалевой резистентности, интенсивности кариеса и реминерализирующей способности ротовой жидкости у соматических больных // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 2. С. 60-63.

3. Нуров Д.И., Исмоилов А.А. Оценка исходной величины эмалевой резистентности в зависимости от интенсивности кариеса зубов у лиц с отягощенным анамнезом // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 3. С. 38-42.

4. Frencken J.E., Peters M.C., Manton D.J. Minimal intervention dentistry for managing dental caries - a review // Int Dent J. 2012. Vol. 62, N 5. P. 223-243.

Зокиров Р.Х.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКАХ ВЫНОСЯЩИХ АРТЕРИОЛ ПОЧКИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Курс топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Специфика строения и кровоснабжения, многообразные функции почки позволяют видеть в её ответных реакциях последствия нарушения транспорта кислорода, его утилизацию, обуславливающие структурные и функциональные изменения в органе. Вместе с тем, имеются лишь единичные разрозненные сведения, касающиеся изменений морфофункциональных, в том числе морфометрических, показателей почки в эксперименте [1-3]. В доступной литературе мы не встретили системных данных, характеризующихся характера и закономерности этих изменений в капиллярной системе кровеносного русла нефронов разных генераций и фиброзной капсулы почки в динамике адаптации организма к факторам высокогорья [4, 5].

Цель исследования. Изучение комплекса гистологических, гистохимических и морфометрических характеристик приспособительных изменений в почке, обуславливающих перестройку сосудов микроцирку-ляторного звена органа при адаптации организма к факторам высокогорья.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили целые и тотальные препараты разных отделов почки и её фиброзной капсулы. После забоя животных извлекали почки, измеряли их массу и лезвием безопасной бритвы разрезали на стандартное количество кусков. Материал помещали в 10% раствор нейтрального

формалина, обрабатывали общегистологическими методами с последующей заливкой в парафин, готовили продольно и поперечно ориентированные срезы толщиной 7-10 мкм. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином, по ван-Гизону. Эластические мембраны в стенках сосудов выявляли резорцин-фуксином по Вейгерту.

Для исследования внутриорганного кровеносного русла и сосудов фиброзной капсулы почки проводили инъекцию сосудистого русла 3-5% тушь-желатиновой массой. Препараты фиксировали в 2-3% (в течение 2-3 сут), а затем в 8-10% растворе кислого формалина (в течение 10 суток). Готовые препараты подвергали тонкой препаровке и расслоению для просветления по методу Шпальтегольца-Жданова.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время считается установленным, что строение органных сосудов, способ и характер их ветвления находятся в соответствии со спецификой строения кровоснабжаемого ими органа, особенностями его функций. В полной мере это относится и к кровеносной системе почки, которая тесно связана с её структурой и функцией. Выносящие артериолы, пройдя короткий путь, вновь распадаются на капилляры, оплетающие канальцы нефрона, образуя перитубулярную капиллярную сеть. Диаметр капилляров перитубулярной сети составляет 8,95±0,23 мкм. Структура их стенки хорошо видна на препаратах, импрегнированных азотнокислым серебром.

Выносящие артериолы, пройдя короткий путь, вновь распадаются на капилляры, оплетающие канальцы нефрона, и образуют перитубулярную капиллярную сеть. Диаметр капилляров перитубулярной сети коркового вещества составляет 8,95±0,23 мкм. За счёт этих капилляров осуществляется кровоснабжение мочевых канальцев и стромы почки. Близость расположения кровеносных капилляров к стенкам мочевых канальцев, очевидно, играет важную роль в избирательной реабсорции воды и некоторых растворённых в ней веществ. Артериальные звенья капилляров, следуя по ходу канальцев, постепенно переходят в посткапилляры, а последние - в венулы. На препаратах, импрегнированных азотнокислым серебром, хорошо видна структура их стенки. Ядра эндотелиальных клеток имеют овально-продольную форму, их длина составляет 6-10 мкм, а расстояние между ядрами колеблется от 5 до 12 мкм.

Заключение. Таким образом, выявленные сосудисто-тканевые и морфометрические изменения в почках собак, адаптирующихся к условиям высокогорья, обусловлены высокой пластичностью и резервной способностью внутриорганных сосудов и паренхиматозных элементов нефрона, являются обратимыми и носят компенсаторно-приспособительный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новиков И.И., Тихомиров А.Н., Соколов Е.А., Суслов В.Б., Власов В.Б. Морфо-функциональная характеристика микроциркуляторного русла различных органов и тканей при воздействии на организм экстремальных факторов // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины. Душанбе, 1996. С. 47-48.

2. Рахимов Я.А., Этинген Л.Е., Белкин В.Ш. Характеристика архитектоники терминального сосудистого русла внутренних органов экспериментальных животных на различных уровнях высот // Кровообращение в условиях высокогорной и экспериментальной гипоксии. – Душанбе, 1978. С. 200-201.

3. Чиж А.С. Кровообращение почки // Нефрология в терапевтической практике. М., 2004. С. 1-5.

4. Тойчуев Р., Насыров А. Увеличение адаптационной возможности людей в условиях высокогорья. // Научные труды 1 съезда физиологов СНГ. Сочи, Дагомыс, 2005. Т. 2. С. 226.

5. Рузиев Т.Р. Структура и функции почки. // Научные труды 1 съезда физиологов СНГ. Сочи, Дагомыс, 2005. Т. 2. С. 89.

Ибодов Х., Азизов Б.Дж., Рофиев Р., Мирзоев Д.С.

НАРУЖНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ

ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. У большинства детей кишечные свищи (90-70%) развиваются в после операционном периоде [3, 4] и являются осложнением экстренных оперативных вмешательств с связи с воспалительно–деструктивными заболеваниями органов брюшной полости, кишечной непроходи-

мостью, травмой живота, причем 50-60% случаев протекают на фоне абдоминального сепсиса [1, 2]. Уровень летальности при этом доходит до 85-92%.

Цель исследования. Оптимизация тактики консервативного и оперативного лечения наружных кишечных свищей у детей.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения наружных кишечных свищей (НКС) у 196 больных, из них у 164 (83,7%) выполнены оперативные вмешательства. Несформированные наружные кишечные свищи (НсНКС) наблюдались у 104, сформированные наружные кишечные свищи (СНКС) – у 92 больных.

Дети были в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Контрольную группу (КГ) составили 84 больных, основную (ОГ) – 80 детей. У 68 (41,5%) из 164 больных оперативное вмешательство было выполнено по экстренным показаниям, в плановом – у 88, в отсроченном порядке - у 8 детей.

Результаты и их обсуждение. Показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства являлись: НсНКС, открытые в брюшную полость, являющиеся причиной прогрессирующего разлитого перитонита, – у 33; НсНКС, открывшиеся в полость абсцесса брюшной полости, дренирующиеся наружу и являющиеся причиной условно ограниченного местного перитонита, – у 17; НсНКС, открытые в рану, дном которой являются эвентрированные петли кишки на фоне кишечной непроходимости ниже (9), выше свища (6) и СНКС с кишечным кровотечением (3) – у 18 больных. У 9 больных КГ производили резекции нижней и верхней петель кишки с множественными свищами и наложением обходного анастомоза «бок в бок». У 3 из 9 больных отмечалась несостоятельность анастомоза. Умер 1 больной от прогрессирующего перитонита. 12 больным наложена двуствольная илеостомия вместе со свищами, у 4 пациентов наблюдались некроз и нагноение выведенных петлей кишок, флегмона мягких тканей. При наличии свищей подвздошной кишки производили резекцию кишки со свищом с наложением одноствольной (16), двуствольной илеостомы (15) и илео- и колостомы (9). При множественных свищах (7), расположенных на небольшом расстоянии друг от друга (до 10 см), и при наличии преперфоративных участков производилась резекция этих участков с наложением двуствольной стомы, при множественных свищах, расположенных на расстоянии более 10 см (3) или в разных отделах кишки (4), – двуствольные стомы на участке, расположенном выше свища, а ниже расположенные свищи после иссечения краев ушивали в поперечном направлении двухрядными погружными швами. Просвет кишечника в зоне ушитых свищей дренировали полиэтиленовой трубкой с боковыми отверстиями. 2 больным со средними НКС на фоне разлитого гнойного перитонита в терминальной стадии с выраженным воспалительным изменением стенки кишки наложена двуствольная илеостома с дренированием обеих концов стомы и эвакуацией химуса в отводящий отдел, а также проведением капельного искусственного энтерального питания в отводящую кишку. 8 больным со свищом тощей кишки произведена экономная резекция свища несущего участка с формированием У-образного анастомоза по Ру путем наложения еюностомы приводящего конца и термино-латерального анастомоза между концом приводящей кишки и боком отводящей кишки, отступя от конца последнего на 15-20 см с декомпрессией через еюностомию. У больных с НКС ОГ (24), сопровождающихся синдромом эндогенной интоксикации (ЭИ) 2-й и 3-й стадий, дополнительно производилась декомпрессия путем наложения цекостомии по Витебскому. Декомпрессию желудочно-кишечного тракта производили при помощи предлагаемого нами модифицированного зонда Эббота-Миллера (патент на изобретение ТJ № 617 от 13.01.2011г.). У 96 (58,5%) из 164 детей со сформированными НКС ликвидация свища была произведена в плановом порядке. Закрытие СНКС осуществляли внебрюшинным (42 – 43,8%) и внутрибрюшинным (54 – 56,2%) способами. Оптимальные сроки ликвидации стомы - от 2 до 5 месяцев с учетом индивидуального и дифференцированного подхода. Осложнения при ОГ снизились от 17,6% до 5,5%, летальные исходы – с 6,5% до 2,5%, по сравнению с КГ.

Заключение. Таким образом, при выборе хирургических способов и определения сроков ликвидации наружных кишечных свищей учитывались следующие критерии: тип, форма, функция и уровень свища, степени ЭИ, энтеральной недостаточности, состояние гомеостаза, дисбактериоз, этиологический фактор и соматический фон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаткин Е.Я., Разумовский А.Ю., Корсунский А.А и др. Создание межкишечных анастомозов с помощью постоянных магнитов в комплексе хирургического лечения детей с кишечной стомой // Хирургия. 2015. №5. С.45-50

2. Косимов З.К., Абдуллоев С.С., Хидиров А.Ф. и др. Показатели большого круга кровообращения у больных перитонитом // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. №1. С. 22-26

3. Лубянский В.Г., Алиев А.Р., Жариков А.Н., Быков В.М. Патогенез формирования и результаты хирургического лечения кишечных свищей у больных с панкреонекрозом // Вестник хирургии им.И.И. Грекова. 2012. № 1. С. 8

4. Прохоров Г.Н., Федоров НФ. Лечение несформировавшихся кишечных свищей // Казанский медицинский журнал. 2010. №2. С. 213-215.

Ибодов Х., Давлатов С.Б., Рофиев Р., Баходуров Дж., Юсупов Б.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Хирургические вмешательства на легких у детей являются высоко травматичними и сопровождаются в послеоперационном периоде сильными болями, усиливающимися при кашле и дыхательных движениях [1]. Оценить в точности частоту, интенсивность, распространенность и тяжесть послеоперационной боли у детей после операции на легких трудно из-за неопределенности критериев оценки ее силы и интенсивности. Надо отметить, что субъективный характер боли затрудняет объективную и повседневную оценку состояния больного. С этой точки зрения изучение боли при оперативном вмешательстве у детей с эхинококкозом легких является актуальным [2, 3].

Цель исследования. Объективная оценка частоты, распространенности и тяжести послеоперационной боли у детей после хирургического вмешательства на легких по поводу эхинококкоза.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты послеоперационной анальгезии у 87 детей, оперированных по поводу эхинококкоза легких. Больные в зависимости от методики проведения анальгезии были распределены на 3 группы: 1 – 29; 2 – 28; 3 – 30. Пациенты первой группы в послеоперационном периоде получали сочетание фентанила с дроперидолом, второй - баралгин и третьей группы - 1% раствор лидокаина в корень легкого.

Интенсивность боли оценивалась по показателям функции внешнего дыхания и центральной гемодинамики.

Результаты и их обсуждение. Наши исследования показали, что у детей после операции на легких наблюдалось компенсаторное учащение интенсивности сокращения дыхательных мышц с раздражением дыхательного центра; повышение тонуса периферических сосудов и учащение сокращаемости миокарда с повышением работоспособности последнего. Однако, несмотря на наличие компенсаторных механизмов в ответ на послеоперационные боли, наступают нарушения проходимости мелких и средних бронхов с увеличением венозного застоя в легких и снижением венозного возврата. В результате возникает бронхоспазм и нарушение гемодинамики с развитием гипертензии в малом круге, вследствие чего отмечается артериальная гипоксия и гиперкапния.

Эффективность послеоперационной анальгезии изучали перед началом проведения лечебной анальгезии и через 30 мин, 3, 6, 12, 24 ч после нее.

Больным 1 группы (29 детей; в возрасте от 1 до 3 лет было 3, 4-7 лет – 6, 8-10 – 8 и 11-15 лет – 12 больных) внутривенно вводили фентанил (2 мкг/кг) и дроперидол (0,1 мг/кг), через 5,0±2,3 мин у детей отмечалось уменьшение боли в оперированной половине грудной клетки. Дети через 10,0±2,5 мин засыпали, дыхание становилось равномерным, тахипное уменьшалось. Оценка по пятибалльной шкале составляла 2,3±0,3 балла. Продолжительность анальгезии составляла в среднем 3,6±0,4 ч, в последующем появлялись боли, и детям требовалось повторное введение анальгетиков. У 19 (65,5%) из 29 детей было отмечено полное отсутствие боли в покое, но 10 (34,5%) из 29 больных ощущали боль при кашле и глубоком вдохе. В результате введения опиатов сохранялись гипоксия и гиперкапния за счет снижения реакция дыхательного центра. У 8 (27,6%) из 29 больных наблюдалось угнетение кашлевого рефлекса, которое способствовало развитию обструктивного синдрома с ателектазом (7) оперированной доли легкого. Через 30 мин после завершения процедуры лечебной анальгезии фентанилом в комбинации с дропередолом отмечали улучшение показателей гемодинамики: снижение ЧСС до 20%, САД до 7%, ОПСС до 25% и нормализацией величины УОС до 25%, МРЛЖ до 5% и газообмена со снижением рСО2, ЧД на 8%, увеличение рО2. Следует отметить, что в 1 группе больных в 62,1% случаев достигнут анальгезирующий эффект, у остальных 37,9% желаемого анальгезирующего эффекта не получено. Продолжительность эффекта обезболивания составляла 180±20 мин ($p<0,05$).

У детей 2 группы (28 детей; в возрасте от 1 до 3 лет – 3, 4-7 лет – 8, 8-10 лет – 6, 11-15 лет – 11) при анальгезии баралгином эффективность оказалась явно недостаточной. У 17 (60,7%) из 28 детей отмечено полное отсутствие боли в покое, но 11 (39,3%) из 28 больных отмечали боль в покое (2), при кашле (5) и глубоком вдохе (4). Через 30 мин. после анальгезии отмечается ослабление боли, которая, согласно оценке по пятибалльной шкале, составляла 2,8±0,5 балла. Через 30 мин. после обезболивания у больных наблюдалось улучшение центральной и периферической гемодинамики, что выражалось уменьшением ЧСС

на 15%, ОПСС – на 26%, САД – на 3%, а также увеличением УО на 14%, СИ – на 8%, МРЛЖ – на 6% и МОК – на 11%. Эти показатели через 3 ч нормализуются еще в большей мере. Однако через 6 ч отмечается ухудшение показателей гемодинамики, так что действие баралгина характеризуется максимальным обезболиванием через 3 ч и ослаблением его через 6 ч, что требует повторной анальгезии.

У больных 2 группы при изучении показателей газообмена также через 30 мин. и 3 ч отмечается улучшение, затем некоторые снижение через 6 ч и улучшение показателей через 12 и 24 ч, однако, изменение большинства показателей оказывается статистически недостоверным на фоне сохраняющейся дыхательной недостаточности.

Продолжительность эффекта обезболивания в этой группе составляла 340±30 мин ($p<0,05$).

С целью объективной оценки анальгезирующего эффекта баралгина у 18 из 28 детей изучено состояние показателей малого круга кровообращения и вегетативной нервной системы. У всех больных перед анальгезией наблюдается нарушение легочной гемодинамики в виде 1-2 ст. легочно-артериальной гипертензии с повышением ЛСС и снижением МРПЖ, ИНМпж, и ИУРПЖ. Благодаря эффективности действия баралгина через 30 мин. анальгезии наблюдается статистически достоверное снижение давления в легочной артерии на 12%, ЛСС – на 8%, а также нормализация механической работы правого желудочка (МРПЖ) и индекса напряжения миокарда правого желудочка (ИНМпж).

В 3 группе (30 детей в возрасте от 1 года до 3 лет – 3, от 4 до 7 лет – 5, 8-10 лет – 9 и 11-15 лет – 13) послеоперационную анальгезию осуществляли 1%-ным раствором лидокаина из расчета 3-5 мг/кг массы тела ребенка каждые 5,00±0,15 ч предупреждающим способом 4-5 раз/сут в течение 2,0±0,5 сут. Через 30 мин после введения анальгетика отмечается ослабление боли, что соответствует оценке по пятибалльной шкале в 2,0±0,2 балла. Лидокаин вводят на завершающем этапе операции в корень легкого через микроирригатор, интраоперационно установленный в средостении по методу, разработанному в нашей клинике. После введения лидокаина образуется лидокаиновый инфильтрат на уровне III-VI межреберья диаметром от 5 до 8 см. Эффективность анальгезии достигается в определенной степени блокадой диафрагмальных и блуждающего нервов, а также IV-VI межреберных окончаний нервов и симпатических ганглиев. При этом, наряду с достижением анальгезирующего эффекта, сохраняются дыхательные, кашлевые рефлексы и достаточно высокая активность больных. Вполне вероятно, что улучшение функции легких способствует снижению частоты послеоперационных легочных осложнений.

У 22 (73,3%) из 30 детей отмечено полное отсутствие боли в покое, но у 8 (26,7%) из 30 больных наблюдались боли при кашле (4), глубоком вдохе (2) и изменение положения (2). У всех больных в покое боли не отмечалось. Следует отметить, что после перевода на самостоятельное дыхание показатели боли по пятибалльной шкале, гемодинамики и дыхания статистически достоверно, по сравнению с 1 и 2 группами, были сниженными, после 30 мин. анальгезии отмечались снижение показателей ЧСС, ОПСС, PCO_2 от 8% до 10% ($P>0,05$; $r=0,742$) и улучшение – УО, СИ, МРЛЖ, PO_2, ЧД, ДО, Ровд.

У 28 из 30 больных 3 группы после экстубации в реанимационном отделении отмечалась 1 ст. ЛГ, однако, по сравнению с данными 1 и 2 групп больных, выявляется статистически достоверное снижение давления в легочной артерии, ЛСС и улучшение МРПЖ, ИНМ. ИУРПЖ за счет снижения венозного застоя и улучшения возврата крови, эти показатели на этапе лечебной регионарной анестезии улучшаются по сравнению с дооперационным уровнем.

Через 30 мин после регионарной анальгезии во всех возрастных группах отмечается положительная динамика показателей КИГ. У всех детей через 30 мин после начала анальгезии снижается величина ИН: в младшей возрастной группе в 1,5-2 раза и в старшей – в 2-3 раза. Это снижение происходит с высокой степенью достоверности после предупреждающей регионарной анальгезии лидокаином.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что на фоне проводимой регионарной анестезии на этапах обезболивания у всех детей повышается активность парасимпатического звена вегетативной нервной системы и, напротив, снижается активность симпатического отдела и центрального контура регуляции ритма сердца. Это свидетельствует о том, что происходит восстановление нарушенного ритма сердца и вариабельности пульса, нормализация функций симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. При лечебной анальгезии фентанилом и дроперидолом отмечается кардиодепрессия, гипоксия с сохранением вегетативной дисфункции – симпатикотонии с недостаточным антиноцицептивным индексом. Применение баралгина у детей после операции на легких не ликвидирует болевого синдрома, так что требуется дополнительное обезболивание. Послеоперационные осложнения среди больных 1 группы наблюдались у 8 (27,6%) из 29; у 7 (25%) из 28 детей 2 группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давлятов С.Б. Особенности предоперационной подготовки детей с перикистозным воспалением при эхинококкозе легких // Здравоохранение Таджикистана. 2009. №3. С.195-197.

2. Разумовский А.Ю., Шарипов А.М., Ибодов Х.И. Результаты эндо-хирургических вмешательств при лечении эхинококкоза легкого у детей. // Детская хирургия. 2015. №4. С. 4-8.

3. Разумовский А.Ю., Шарипов А.М., Батаев А.В., Алхасов Б., Юсупов Б.Х., Табаров А.С., Убайдуллоев В.Р. Выбор оперативного доступа при эхинококкозе легкого у детей // Хирургия. 2013. №11. С.24-28.

Ибодов Х.И., Давлатов С.Б., Сайёдов К.М., Асадов С.К., Мираков Х.

ЭНДОСКОПИЯ В КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Отделение детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Актуальность. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) — это ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточник и чашечно-лоханочную систему, обусловленный врожденными аномалиями развития интрамурального отдела мочеточника или приобретенным нарушением вследствие инфравезикальной обструкции либо при нейрогенном мочевом пузыре. По данным литературы, ПМР среди урологических заболеваний у детей занимает ведущее место, встречается приблизительно в 0,4–1,8% и в 35-68% является причиной развития пиелонефрита [1-4].

Основной целью лечения ПМР является предупреждение рецидивирующего течения пиелонефрита, развития повреждений почечной паренхимы, гипертензии и хронической болезни почек. На сегодняшний день эндоскопическая коррекция рефлюкса (ЭКР) стала методом выбора лечения ПМР за счет малой травматичности, короткий госпитализации и минимального риска осложнений. В последние годы в различных клиниках для коррекции рефлюкса используется нескольких видов геля: Вурдекс, Коллаген, Уродекс, ДАМ+ и Вантрис. В литературе представлены предварительные данные о высокой степени эффективности Vantris, позволяющего скорректировать рефлюкс после однократной инъекции у детей со всеми степенями ПМР [2, 3, 5].

Цель исследования. Изучить эффективность использования эндоскопии в коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Материал и методы исследования. С июля 2016 г. в отделении детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» впервые внедрена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса применением объемообразующего вещества синтетическими гелями. Всего 11 детям (3 девочки и 8 мальчиков) с ПМР III-IV степеней в возрасте от 6 месяцев до 15 лет (средний возраст составил 5,2 ± 2,1 лет) была выполнена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса объемообразующим веществом Vantris®. Односторонний ПМР был отмечен у 8 (72,7%), двусторонний ПМР - у 3 (27,3%) детей. Распределение ПМР по степеням было следующим: III степень - у 9 (81,9%) детей и IV степень - у 2 (18,1%). Один больной был после хирургического лечения – антирефлюксная операция по Политано–Ладбеттеру. Степень рефлюкса оценивалась по результатам микционной уретроцистографии, выполненной до операции в соответствии с широко распространенной классификации P. Heiker и K. Parkkulainen (1966).

Всем пациентам на дооперационном этапе выполнялось общепринятые клинико-лабораторные исследования (общие анализы крови, мочи, бактериологические исследования мочи, иммуноферментный анализ на ВИЧ, Hbs-ar, гепатит С), ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, допплерография почек, рентгенологические методы исследования почек, микционная уретроцистография и уретроцистоскопия.

Детям с нарушениями мочеиспускания до эндоскопической коррекции ПМР проводилось комплексное консервативное лечение хронического воспалительного процесса и отведение мочи вставлением постоянного катетера в мочевой пузырь. Эндоскопическая коррекция проводилась

по стандартной методике, субуретеральным введением иглы под слизистую устья мочеточника на 6 часах условного циферблата. Количество вводимого имплантата определялось индивидуально и варьировало от 0,5 до 1,0 мл. Всем детям в послеоперационном периоде на 2-е сутки проводилось ультразвуковое сканирование почек и мочевого пузыря с целью выявления обструкции мочевых путей (уретерогидронефроза) и локализации болюса имплантата. Микционную уретроцистографию проводили не ранее чем через 6 месяцев после эндоскопической коррекции. В случае положительного эффекта – при уменьшении степени ПМР или полном его исчезновении контрольное обследование проводили через 1 год.

Результаты и их обсуждение. По данным микционной цистографии, проведенной через 6–12 месяцев после процедуры эндоскопической коррекции ПМР, рефлюкс не определялся в 8 случаях (72,7%), уменьшение степени рефлюкса отмечалось в 2 случаях (18,2%), отрицательный результат был в 1 случае (9%). Небольшая дилатация чашечно-лоханочной системы и мочеточника сохранялась в течение 2 месяцев у 2-х больных, ликвидирована консервативным методом. У всех пациентов в послеоперационном периоде отмечено благоприятное течение пиелонефрита (согласно результатам УЗИ почек и анализа мочи).

Заключение. Эндоскопическая коррекция ПМР является один из эффективных и малотравматичных методов лечения. Надежные результаты данного метода зависят от причины возникновения патологии, степени выраженности, отсутствия дополнительной патологии мочеточников и мочевого пузыря, а также тактики ведения и вида объемообразующего препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зоркин С.Н., Борисова С.А., Гусарова Т.Н. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса с использованием уродекса у детей // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2010. № 3.

2. Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л., Николаев С.Н., Склярова Т.А., Текотов А.Н. Использование нового объемообразующего синтетического материала Вантрис для лечения первичного пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Детская хирургия. 2012. № 4. С. 12-15.

3. Поляков Н.В., Маслов С.А. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей и взрослых с использованием препарата «Вантрис» // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. № 3.С. 30-33.

4. Рудин Ю.Э., Марухненко Д. В., Гарманова Т.Н., Алиев Д.К. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса препаратом Vantris®: три года наблюдения // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. № 3. С. 30-33.

5. Chertin B., Arafeh W.A., Zeldin A., Ostrovsky I.A., Kocherov S. Endoscopic correction of VUR using vantris as a new non-biodegradable tissue augmenting substance: threeyears of prospective follow-up. // Urology. 2013. Vol. 82. P. 201-204.

Ибодов И., Икромов Т.Ш., Рофиев Р., Латипов Ш.Э., Баротов А.А.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Изучение система гемостаза при заболеваниях толстой кишки имеет особое значение, так как длительная каловая интоксикация влияет на процессы свертывающей в антисвертывающей системы. Поэтому в предоперационном периоде коррекция нарушений системы гемостаза имеет принципиальное значение. На сегодняшний день частота осложнений после операций по поводу заболеваний толстого кишечника у детей колеблется от 3,7% до 15,7%. Оперативные вмешательства оказывают активное влияние на процесс свертывающей системы крови. В связи с этим изучение нарушений системы гемостаза (тромбоцитарный гемостаз, плазменный гемостаз, фибринолитическая активность крови) у детей дает возможность провести профилактику осложнений в интра- и послеоперационном периодах у детей с заболеваниями толстого кишечника [1-5].

Цель исследования. Оптимизировать диагностику и коррекцию нарушений системы гемостаза.

Материал и методы исследования. Нами исследовано 80 детей с хирургическими заболеваниями толстого кишечника. Возраст детей был от периода новорожденности до 15 лет. В зависимости от сроков поступления, клинических проявлений болезни, рентгенологической картины дети распределены на следующие стадии болезни: компенсированная – 7 (8,7%) пациентов, субкомпенсированная – 47 (58,8%) и декомпенсированная – 26 (32,5%).

По нозологии встречались: болезнь Пайра – 11 (13,8%), болезнь Гиршпрунга – 64 (80,0%), мегаколон – 5 (6,6%); По форме: L-образная форма болезни Пайра – 5, М-образная – 6. Болезнь Гиршпрунга в зависимости от степени распространенности зоны аганглиоза была разделена на 6 форм: суперкороткая – 23 (35,5%), ректальная – 18 (28,1%), ректосигмоидальная – 15 (23,4%), сегментарная – 5 (7,8%), субтотальная – 2 (2,3%), тотальная – 1 (1,6%).

Комплексное исследование системы гемостаза проведено у 44 больных при поступлении в стационар, перед операцией, во время и после проведенного оперативного лечения. Так как все дети с патологией толстой кишки поступили в клинику почти с одинаковыми клиническими проявлениями болезни, мы их разделили на три группы в зависимости от состояния: 1 группа - стадия компенсации, II - стадия субкомпенсации, III - стадия декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. Исследование коагуляционного звена гемостаза у больных с компенсированной стадией заболевания толстого кишечника показало удлинение активированного времени рекальцификации (АРВ) на 4,2 сек – 55,2±0,7 (p<0,01), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) на 0,6 сек. – 32,4±2,0 (p<0,01), увелечение протромбинового времени на 3,0 сек. – 17,3±0,13 (p<0,05).

Количество фибриногена снижалось до 2,4±0,18 г/л (p<0,01), по сраавнению с контрольной группой. Количество тромбоцитов 265±10,1 × 10^9 /л и протромбиновый индекс 79,8±0,3%, по сравнению с контрольной группой, достоверно не изменились. Иследование фибринолитической системы выявило повышение XII фактора на 3,0 минуты 10,2±0,9 (p<0,05). Выявлено умеренное снижение активности протеина С до 84,2±1,51% (p<0,01). Изучая показатели системы гемостаза при компенсированной стадии заболевания толстого кишечника, мы пришли к выводу, что отмечается снижение внутренних факторов свертывания крови (VII, IX, XI, XII). Все это проявляется в виде гипокоагуляции с незначительными изменениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза при сохранении нормальных показателей суммарной активности антикоагулянтов.

У детей с субкомпенсированной стадией (n-41) заболевания с момента поступления отмечались довольно значительные изменения в системе гемостаза. Выявлено удлинение АЧТВ до 37,8±0,9 (p<0,01), протромбинового времени на 3,70 сек – 18,70±0,15 (p<0,01). При изучении коагуляционного звена гемостаза у больных с субкомпенсированой стадий отмечалось снижение АВР на 9,9 сек, по сравнению с контрольной группой, – 58,0±1,01 (p<0,01), умеренное снижение количества фибриногена до 2,20±0,03 г/л (p<0,03).

Исследование тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза указывает на с снижение количества тромбоцитов до 245±101,01×10^9 (p<0,01), индекс тромбоцитарной активности увеличен до 25,70±0,03% (p<0,05), Исследованием системы фибринолиза выявлено повышение XII-а фактора на 11,0 мин 18,1±1,3 (p<0,01), активности протеина С до 18,7±0,15% (p<0,01).

Таким образом, у пациентов с субкомпенсированой стадией имеется гипокоагуляция, связанная со сниженной активностью факторов протромбиного комплекса. Изменения как внутреннего, так и внешнего механизма не сопровождались нарушением конечного этапа свёртывания крови. При исследовании системы гемостаза (тромбоцитарно-сосудистого звена) отмечается дезагрегационная тромбоцитопатия и угнетение внутреннего пути фибриногенеза. Это способствует нарастанию тенденции к повышенному тромбооброзованию.

Исследование системы гемостаза у пациентов (n<26) с декомпенсированной стадией заболеваний свидетельствует о значительных изменениях, которые характеризуются снижением максимальной свертывающей активности крови. Отмечалось удлинение активированного времени рекальцификации на 10 сек – 58,0±1,0 (p<0,01), АЧТВ на 8 сек – 29,9±0,15 (p<0,01), тромбинового времени на 2,3 сек. 16,3±0,1 (p<0,05), По сравнению с контрольной группой, повысилось количество фибриногена до 2,2±0,3 г/л (p<0,01). Исследование тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза у детей с декомпенсированной стадией заболевания толстой кишки выявило снижение количества тромбоцитов, по сравнению с контрольной группой, 180±11,3 × 10^9 /л (p<0,01), индекс трамбоцитарной активности был увеличен на 4,0% – 28,1±0,3% (p<0,01), фактор XII–а имеет тенденцию к возрастанию на 21,1 мин – 28,2±0,9 (p<0,01). При определении активности протеина С отмечается его снижение более чем на 20%, по сравнению с контрольной группой – 79,9±1,2 (p<0,01). Количество продуктов деградации фибриногена имеет тенденцию к повышению.

В результате полного комплексного исследования системы гемостаза у больных с декомпенсированной стадии выявлен глубокий дефицит факторов внутреннего и внешнего механизмов свертывания крови, а именно К-витамин зависимых факторов (II, VII, IX, X, XII).

Заключение. Показатели нарушений системы гемостаза наиболее объективно дают возможность дифференцированного выбора тактики пред-, интра- и послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями толстой кишки. После выявления нарушений гемостаза проводится целенаправленная предоперационная терапия с целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев А.А. Изменения гемостаза и эффективность их коррекции при различных формах болезни Гиршпрунга у детей: дис… канд.мед.наук. Москва, 2009. 21 с.

2. Гуманенко Е.К., Гаврилов О.К. Теория системной регуляции агрегатного состояния крови // Терапевтический архив 1982. №8. С133-136

3. Киргизов И.В., Гусев А.А., Баранов К.Н., Ленюшкин А.И. Динамика изменения показателей гемостаза и дисбактериоза у больных с хроническим толстокишечным стазом // Вопросы современной педиатрии. М., 2006. Т.5, №1. С. 166

4. Biancone L., Scopinaro F., Maletta M. et al. Extension D dimmer in inflammation disease colon // Ital. J. Gastroenterol. 1995. Vol.30, №6. P. 580-588.

5. Barnadt J.T., Triplett D.A. laboratory indentification of lupus anticoagulants; results of the second international workshop for identification of lupus anticoagulants // Throm.Haemost. 1995. Vol. 74.P. 1597-1603.

Ибодов Х., Рофиев Р., Асадов С.К., Сайёдов К.М., Мираков Х.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ

ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Эписпадия – наиболее тяжелый порок развития мочеиспускательного канала, который сопровождается незаращением передней стенки мочеиспускательного канала, укорочением, искривлением его кверху, превышающим 50°. Встречается реже, чем гипоспадия, примерно у 1:50000 новорожденных. Это все связано с глубокими патологическими изменениями полового члена (он расщеплен, укорочен, недоразвит) и трудностями при восстановлении мышечного сфинктера. При тотальной эписпадии наблюдается полное отсутствие передней стенки мочеиспускательного канала, расщепление пещеристых тел и сфинктера мочевого пузыря на всем протяжение. Характерным симптомом является недержание мочи. Половой член у больных с эписпадией значительно уменьшен в размерах. В 90% случаев эписпадия сочетается с экстрофией мочевого пузыря [1-4].

В настоящее время фаллоуретропластика должна обеспечить следующие результаты: создание уретры, позволяющей осуществлять нормальное мочеиспускание из меатуса, расположенного на вершине головки; коррекцию дорсального искривления полового члена; косметический результат [1, 2]. Наш опыт лечения больных с эписпадией и экстрофией мочевого пузыря позволяет добавить ещё одну задачу фаллоуретропластики – удлинение мочеиспускательного канала.

На сегодняшний день проблема коррекции аномалий урогенитального тракта остается весьма актуальной, так как широкое разнообразие методик оперативной коррекции свидетельствует об отсутствии единого концептуального подхода к решению проблемы комплексной реабилитации пациентов.

Наиболее распространенной операцией при эписпадии считается методика Cantwell–Ransley, которая заключается в формировании уретры из продольного лоскута уретральной площадки и погружении её между кавернозными телами полового члена. Однако, данных пособий бывает недостаточно для устранения искривления кавернозных тел. К сожалению, выполняемые в детском возрасте вмешательства, направленные на максимально возможное выделение кавернозных тел вплоть до отделения их от нижней ветви лобковой кости в совокупности с коррекцией хорды по Cantwell – Ransley, не дают и значимого увеличения длины полового члена. Более того, полная мобилизация кавернозных тел сопряжена с риском повреждения кавернозных артерий.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения эписпадии у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранение РТ за 25 лет оперировано 27 детей с эписпадией. В возрасте от 1 года до 3 лет – 16; 4-8 лет – 5; 9-12 лет - 3, 13-15 лет - 3. По форме эписпадии были: головчатая - 3, стволовая - 3, субтотальная -15, тотальная - 6. У 33,3% имелась сопутствующая патология: паховый крипторхизм - 2, пахомошоночная грыжа - 3, атрезия ануса - 1, пиелонефрит -3.

Больные были оперированы методом Cantwell Ransey (8). Однако изучение отдаленных результатов показало высокий процент развития осложнений (75%). Поэтому с 2005 года при эписпадии нами выполняются операции Cantwell Ransey в модификации клиники. При эписпадии нами применялись операции Ransey у 8 детей, а операция Ransey в модификации - у 19 пациентов. Операция Ransey в модификации заключается в формировании уретры из уретральной площадки, выделении кавернозных тел, рассечении спаек и выпрямлении полового члена, выделении кожи по вентральной поверхности и закрытие дефекта дорсальной поверхности полового члена двумя встречными кожными лоскутами. Формирование уретры производилось над катетером Фоллея с использованием микрохирургической техники (увеличение в 4 раза) с наложением узловых швов polyglactin 6/0. Вторым рядом шли подкрепляющие швы. Затем швы накладывались на белочную оболочку кавернозных тел. В связи с этим сформированная уретра перемещается на вентральную поверхность полового члена.

Изучены отдаленные результаты лечения у 22 пациентов в сроки от 5 до 10 лет. Осложнения в послеоперационном периоде после операции Ransey были у 6 больных: недержание мочи – 2, свищ уретры - 3, а у детей, которым выполнена операция Ransey в модификации, по 1 случаю отмечены недержание мочи и уретральный свищ.

Результаты и их обсуждение. Все больные поступили с характерной клинической картиной заворота сигмовидной кишки. Они жаловались на схваткообразные боли в левой половине живота, значительное вздутие и асимметрию, сопровождающиеся задержкой отхождения газов и стула; каловую рвоту, симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Через переднюю брюшную стенку удавалось пальпировать перераздутую приводящую петлю кишечника у 18 (72%) пациентов, при толчковых надавливаниях на которую слышен шум плеска, а при перкуссии – тимпанит. Клиническая картина болезни уже позволяла с высокой точностью поставить правильный диагноз, который подтверждался инструментальными методами, и, в первую очередь, рентгенологическими. На этапе обзорной рентгенографии брюшной полости выявляют резко увеличенную в объеме сигмовидную кишку с двумя уровнями жидкости: одним в проксималь¬ном, другим в дистальном концах непроходимой кишки. Ирригография выполнена 8 (32%) больным. Колоноскопия носила лечебно-диагностический характер. Наряду с дифференциальной диагностикой от опухолевой толстокишечной непроходимости колоноскопия давала возможность выполнить эндоскопический разворот сигмы, что позволяло в последующем выполнить одномоментное оперативное вмешательство. Это удалось выполнить 3 (12%) больным. УЗИ органов брюшной полости выполнено всем пациентам. При УЗИ наряду с симптомами толстокишечной непроходимости выявлены следующие сопутствующие заболевания: киста яичника – 2 (8%), ЖКБ – 2 (8%), МКБ – 1 (4%). КТ с виртуальной колоноскопей выполнена 3 (12%) больным, которые госпитализированы в дневное время с целью дифференциальной диагностики с опухолью ректосигмоидного отдела толстой кишки. Из них у одного больного выявлена опухоль, выполнена операция Гартмана.

Лабораторные показатели при завороте сигмовидной кишки характерны для толстокишечной непроходимости: повышение гематокрита, лейкоцитоз со сдвигом влево, признаки водно-электролитной нарушений.

Все больные были прооперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки. На этом этапе больным выполнялась декомпрессия ЖКТ, восстановление почасового диуреза, коррекция сопутствующих изменений. Длительность предоперационной подготовки составляла от 2 до 4 часов. Все операции осуществлялись под общим обезболиванием из средне-срединного доступа. После лапаротомии заворот сигмы на 360 ^{o}С развитием некроза констатирован у 3 (12%) больных, заворот сигмовидной кишки на 180о без развития некроза отмечен у 19 (76%) больных. Эти пациенты обратились в клинику в первые сутки заболевания. Диаметр раздутой сигмовидной кишки был от 13 до 30 см. Объём оперативного вмешательства сводился к сигмоидэктомии с наложением одноствольной концевой асцендостомы, санации и дренирования брюшной полости поливинилхлоридной трубкой. В послеоперационном периоде больные получали терапию согласно утвержденному стандарту лечения. Наблюдались следующие осложнения: серома послеоперационной раны – 2 (8%), посткатетеризационный уретрит – 1 (4%), послеоперационный перитонит – у 1 (4%) больной, которая в последующим умерла от СПОН. Остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний срок стационарного лечения 10,5±1,5 дней. В последующем через 3-6 месяцев были выполнены реконструктивно-восстановительные операции.

Заключение. Пластика уретры с применением микрохирургической техники по модифицированному методу Ransey, проведение в послеоперационном периоде квантовой терапии и применение внутривенного капельного медицинского озона дают хорошие результаты при эписпадии у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский Е.Л., Казачков С.А., Шуваев А.В. Применение петлевой пластики уретры и мышц тазового дна в комбинированном оперативном лечении недержания мочи при эписпадии и экстрофии мочевого пузыря у детей // Педиатрия. 1995. №4. С. 156–157.
2. Детская урология: Руководство для врачей / под ред. А.Г. Пугачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 396-403.
3. Ковалев В.А., Королева С.В. Реконструктивные пластические вмешательства при врожденных и приобретенных заболеваниях урогенитального тракта. В кн.: Вопросы андрологии в урологии (сборник трудов). М., 2000. С. 171–174.
4. Оперативная урология. Классика и новации: руководство для врачей / под ред. Л.Г. Манагадзе, Н.А. Лопаткина и др. М.: Медицина, 2003. С. 369-373.

Ибодов Х., Рофиев Р., Баходуров Дж.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить эффективность восстановительной терапии после хирургических вмешательств на легких у детей.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 112 детей в возрасте от 2 до 18 лет с хирургическими заболеваниями легких за последние 5 лет.

Определены параметры ФВД, центральной и легочной гемодинамики, проведено рентгено-лучевое исследование.

Для диспансерного наблюдения больные в зависимости от изменения структуры бронхиального дерева, послеоперационных осложнений и объема поражения легких патологическим процессом разделены на три группы.

Первая группа - 25 больных, у которых после резекции сегмента или доли легкого в оставшихся бронхолегочных сегментах нет патологических изменений. В послеоперационном периоде у них, как правило, не отмечалось обострения хронического процесса в оставшихся сегментах. Срок наблюдения этого категории составлял 2-3 года, они получали 2-3 курса восстановительной терапии.

Вторая группа - 65 больных, у которых после резекции доли легкого в отдельных оставшихся сегментах имеется деформирующий бронхит, не требующий оперативного лечения, и диффузный гнойный эндобронхит. Срок наблюдения - не менее 5 лет, с 3-4 курсами восстановительной терапии.

Третья группа – 22 пациента после пульмонэктомии, двухсторонней резекции, а также больные с различными осложнениями: эмпиема плевры, бронхиальные свищи, ателектазы, с частыми рецидивами хронического воспалительного процесса бронхолегочной системы, развитием эмфиземы и пневмосклероза. Больным этой группы 2-3 раза в 6 месяцев проводится курс восстановительной терапии, включая ежегодное санаторно-курортное лечение. Наблюдение детей из этой группы должно осуществляться пожизненно.

Основным принципом реабилитации (восстановления) нарушенной функции дыхания после оперативных вмешательств на легких при ХПНЗЛ является эффективное лечение основного заболевания с применением дифференцированной, индивидуально подобранной подготовки; корригирующих инфузионно-трансфузионных, иммуностимулирующих методов терапии; выбора щадящих органо-сохраняющих способов оперативных вмешательств; методов профилактики послеоперационных осложнений; рациональной антибактериальной терапии; санации трахеобронхиальных путей, способствующей улучшению дренажной функции бронхов; стимуляции регенеративных процессов; регуляции метаболических реакций организма.

Результаты и их обсуждение. Изучение ФВД в отдаленные сроки после операционных вмешательств и реабилитации по поводу ХПНЗЛ

констатировало дыхательную недостаточность у 75 (87,2%) из 86 больных. ДН отмечалась у 13 больных с вторичными бронхолегочными изменениями (бронхогенные кисты - 2, длинная бронхиальная культя - 6, пневмосклероз с бронхоэктазией верхней доли - 5), у 9 - после пульмонэктомии и у 4 - после лобэктомии с осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде. У 24 (32,0%) из 75 больных в отдаленные сроки ФВД восстанавливалась.

Средняя величина ЖЕЛ составляла 72,43±4,61%. У 19 больных с ДН ЖЕЛ была снижена от 75% до 45%. Изучение составных частей ЖЕЛ (ДО, РОвд, РОвыд) показывает: ДО у 22 больных был снижен на 34,52±3,72%. Снижение ДО наблюдалось у больных ДН. РОвд. был снижен у 22 (30,45±3,66%), РОвыд - у 25 больных (26,83±4,71%). Отношение РОвд (ЖЕЛ было увеличено на 15,47±2,35%), а отношение РОвы, ЖЕЛ оказалось увеличенным на 45,27±5,19%.

Изучение ФОЕ, ОО, ОЕЛ показало, что у 26 больных они оказались увеличенными на 35,61±5,37%, ОО легких - на 39,18±5,26% и ОЕЛ - на 19,73±3,16%. Отношение ОО/ОЕЛ увеличилось на 47,23±6,12% и ФОЕ/ОЕЛ - 23,61±3,08% у этих же больных. Следует отметить, что у 65 больных, которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий, показатели ФОЕ, ОО и ОЕЛ оказались увеличенными не более 20% от должных. Увеличение ФОЕ, ОО, ОО/ОЕЛ и ФОЕ/ОЕЛ характеризует снижение СЭ легких с эмфиземой. Поэтому у больных после проведения комплекса реабилитационных мероприятий наблюдается сохранение эластичности легочной ткани, что было связано с образованием нежных спаек, рубцовых изменений и полной регрессией хронических воспалительных процессов.

У больных с вторичными бронхолегочными изменениями и сохранением хронических воспалительных процессов наблюдалось увеличение объема гиповентилируемых участков легких (на 58,43±6,17%).

Следует отметить, что у 13 из 86 больных с увеличением ФОЕ, ОО, ОО/ОЕЛ и ФОЕ/ОЕЛ наблюдалось снижение эффективности АВ. Среднее время смешивания гелия составляло 5,91±1,27 минут и ИЭС был 64,75±4,91%. ЧД для 90% смешивания гелия оказалась 25,71±2,62%, а для полного смешивания гелия - 54,40±4,83%

МВЛ и РД в среднем были 76,09±4,56% и 86,05±4,12%, т.е. несколько сниженными. У 9 больных с вторичными бронхолегочными изменениями МВЛ были снижены от 72% до 56% и РД - от 80% до 68%.

У 21 больного с ДН отмечалось повышение энергозатрат. ПО2 было повышенным на 14,42±1,57, повышение КИО2 наблюдалось у 13 больных на 26,31±2,94% и снижение (27,95±4,32%) отмечено у 9 больных с вторичными бронхолегочными изменениями.

Таким образом, изучение ФВД у больных в отдаленные сроки после хирургического лечения ХПНЗЛ показало наличие ДН у 18 (34,62%) больных, у 9 с вторичными бронхолегочными заболеваниями, у 7 после пульмонэктомии и у 4 после лобэктомии с осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде. У 32 (37,20%) пациентов отмечено увеличение неравномерности АВ, с эмфиземой легкого. У 24 (27,9%) из 86 больных после проведения комплекса реабилитационных мероприятий отмечено восстановление ФВД.

При изучении состояния гемодинамики у 86 больных в отдаленные периоды после операции по поводу ХПНЗЛ эукинетический тип кровообращения наблюдался у 20 (23,25%). У них нарушения газообменных функций не было, они получали комплекс реабилитационных мероприятий. У больных с эукинетическим типом кровообращения среднее давление в легочной артерии составляло 22,52±3,45 мм рт.ст.

Увеличение ЦОК (10,46±1,75%) и ОЛСС (11,27±2,37%) было незначительным.

Гипокинетический тип кровообращения наблюдался у 18 (20,9%) из 86 больных с вторичными бронхолегочными осложнениями - у 9 (бронхолегочная киста - 2, пневмосклероз с бронхоэктазией - 4, длинная бронхиальная культя - 2) на фоне диффузных эндобронхитов и у 7 больных - после пульмонэктомии. У них имелось уменьшение УО (на 19,47±2,53%), МОС (на 23,19±2,86%) и учащение ЧСС (от 96 до 108 уд. в мин.). У 9 больных с вторичными бронхолегочными осложнениями, наряду с хроническим эндотоксикозом, отмечались II-Ш ст. ВН.

Гиперкинетический тип кровообращения наблюдался у 18 (20,9%) больных с резкими увеличениями ФОЕ, ОО, ОО/ОЕЛ, ФОЕ/ОЕЛ снижением СЭ, общих ОЛ и АВ, у которых в ближайшем послеоперационном периоде отмечались осложнения.

Следует отметить, что изменения гемодинамики в отдаленные периоды после операции по поводу ХПНЗЛ были связаны с нарушениями функций дыхательной системы.

Заключение. Таким образом, изучение ФВД у детей с ХПНЗЛ, перенесших оперативное лечение, в отдаленные сроки показало, что изменения в дыхательной системе связаны в основном с осложнениями атипичной резекции пораженного участка легкого, ушиванием культи бронха аппаратом УКЛ и провисанием верхней доли после резекции средних долей с развитием в последующем эмфизематозной формы бронхоэктазии, прогрессированием хронического воспалительного процесса, а также нерациональным проведением реабилитационной и восстановительной терапии после оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Епифанов В.А. Восстановительная медицина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 304 с.
2. Ибатов А.Д., Пушкина С.В. Основы реабилитологии: учебн.пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 160 с.
3. Лукина О.Ф. Современные методы исследования функции легких у детей // Лечащий врач. 2003. № 33. С. 32-34.
4. Лукина О.Ф. Показатели вентиляционной функции легких у здоровых детей и подростков; в кн.: Физиология роста и развития детей и подростков / под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягина. Москва, 2000. С. 345-350.
5. Фурман Е.Г., Пономарева М.С., Ярулина А.М., Корюкина И.П., Абдуллаев А.Р. Оценка вентиляционной функции в раннем и дошкольном возрасте с помощью определения сопротивления дыхательных путей методом прерывания воздушного потока // Пульмонология. 2009. №1. С. 55-58.
6. Хрущев С.В., Симонова О.И. Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания. Учебное пособие. М.: Академия, 2006. С. 304.
7. Черная Н.Л., Фомина О.В., Иванова И.В. Диагностика ранних нарушений функции внешнего дыхания у детей с бронхиальной астмой по данным импульсной осциллометрии // Пульмонология. 2007. № 4. С. 62-68.

Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Азизов Б.Дж, Баходуров Дж.Т.

ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Врожденная лобарная эмфизема встречается редко. Она возникает в результате разрыва альвеолярных перегородок при стенозах приводящих бронхов различного происхождения (пороки развития долевого бронха, частичная закупорка избыточно растущей слизистой, сдавление аномально расположенным сосудом) либо является следствием дефекта развития легочной паренхимы (фиброзная дисплазия, коллагенизация). При лобарной эмфиземе измененная доля легкого увеличена в размере, растянута воздухом, напряжена, не спадается. Вследствие этого остальные отделы легкого сдавлены и не учувствуют в акте дыхания. Наиболее часто поражаются верхние доли легкого, реже – средняя и нижние [1, 2].

Цель исследования. Оптимизация диагностики и методов хирургического лечения врожденной лобарной эмфиземы легких у детей (ВЛЭЛ).

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 11 детей с врожденной лобарной эмфиземой легких (ВЛЭЛ) за последние 10 лет. Пациентов в возрасте от 2 дней до 1 месяца было 5, от 1 месяца до 2 лет - 6. Мальчиков – 8, девочек – 3. Локализация врожденной лобарной эмфиземы верхней доли левого легкого установлена у 10 пациентов, у одного была поражена верхняя и средняя доли правого легкого. Сопутствующая патология: гипертрофия вилочковой железы (3), воронкообразная деформация грудной клетки (2). В компенсированной стадии дыхательной недостаточности поступило 3 детей, в субкомпенсированной – 6 и в стадии декомпенсации – 2. Степень дыхательной недостаточности определялась по клиническим признакам и парциальному давлению газов крови (pO_2 и pCO_2).

Основными диагностическими методами исследования ВЛЭЛ являются рентгенологические. Рентгенография грудной клетки была проведена в двух проекциях во всех случаях при подозрении на заболевания легких. Диагностическая ценность рентгенографии в нашем исследовании составила 72,7%. Для ВЛЭЛ характерно вздутие доли легкого и смещение органов средостения в противоположную сторону от очага поражения с выраженным снижением прозрачности легочного поля и колабированием прилежащих отделов легкого. В 3 случаях по показаниям проведены КТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. Ведущими симптомами являлись респираторные и сердечно-сосудистые расстройства, выраженность которых зависела от степени смещения органов средостения, нарушения бронхиальной проходимости, сдавления здорового легкого эмфизематозной долей, а также наличия сопутствующих заболеваний. Основным методом лечения всех ВЛЭЛ являлся хирургический. В зависимости от распространенности патологического процесса у 10 детей была проведена лобэктомия и у одного

- билобэктомия. Хирургическая тактика зависела от объема поражения легкого и выраженности клинических проявлений ВЛЭЛ, а также от формы порока развития. Нами у 9 пациентов выполнена лобэктомия из передне–бокового доступа по 5 межреберью, у 2 – из задне-бокового доступа, что с косметической стороны, на наш взгляд, является более оптимальным решением. У одного ребенка при поражении верхней и средней долей выполнена билобэктомия по передне–боковому доступу. Во всех случаях при выполнении лобэктомии производилось раздельное выделение и лигирование артериовенозных сосудов удаляемой доли, выделение долевого бронха до бифуркации с таким расчетом, чтобы не оставался длинный слепой конец удаленного долевого бронха. При удалении пораженной доли или сегмента бронх прошивается капроновой нитью 4/0 с двух сторон, затем отсекается. После удаления доли легкого проверяется герметичность ушитого бронха. Плевральная полость дренируется полихлорвиниловой трубкой через 7 межреберье на уровне средней аксиллярной линии. Новорожденным и детям до одного года (7) в послеоперационном периоде проведена продленная ИВЛ в течение 3 – 4 дней. В послеоперационном периоде осложнения в виде пневмонии наблюдались у 3 детей.

Изучены отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 10 лет. Проведены расширенные клинико–лабораторные, рентгенологические, электро- и поликардиографические исследования, а также исследование функции внешнего дыхания (ФВД), при интерпретации которых признаков гипоксии миокарда и гипертензии малого круга кровообращения не выявлено. Показатели статической податливости и эластичности легкого были в пределах возрастной нормы. Резерв дыхания сохранялся в пределах нормы (88,5% от должного).

Заключение. Ранняя диагностика, своевременная и правильная хирургическая коррекция и эффективное проведение послеоперационного лечения позволит достичь хороших результатов у детей с врожденной лобарной эмфиземой легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирова Е.С., Дайдарова Б., Гусева В.Д, Авдил.А., Жетписова А.Ж., Сердалина И.А. Дифференцировать врожденная лобарная эмфизему следует с пневмотораксом, кистами легких диафрагмальной грыжей. М.: Медицина и экология, 2015. 98 с.

2. Montasser Nadeem, Basil Elnazair, Peter Greally Scientifica. Congenital pulmonary malformation in children. 180 p.

Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Азизов Б.Дж., Латипов Ш., Баротов А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОДИЛЮЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ОЗОНОТЕРАПИЕЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Хирургические заболевания толстой кишки у детей являются довольно распространенным заболеванием и представляют собой одну из важнейших проблем в хирургии детского возраста. Вопрос о лечении одной из часто встречающихся патологий толстого кишечника – болезни Гиршпрунга (БГ) - требует своего решение. Основным методам её лечения является хирургическая коррекция. При болезни Гиршпрунга частота осложнений в раннем послеоперационном периоде колеблются от 9,1% до 77%, а летальность – от 1% до 8%. В отдаленном послеоперационном периоде неудовлетворительные функциональные результаты остаются высокими – 8-18%, и в 4,9–13% случаев возникает необходимость в повторных реконструктивных операциях [1, 2, 5]. Лечению заболеваний толстой кишки посвящены работы ведущих детских хирургов СНГ и зарубежных стран [1, 2, 5, 7, 10, 11, 12]. Проблемы лечения заболеваний толстой кишки у детей в возрастном аспекте до настоящего времени остаются не решенными в полной мере [1]. Исследования по хирургической коррекции, патологии толстой кишки показывают большой процент послеоперационных гнойно–септических осложнений – 28-70% (несостоятельность

анастомоза, перитонит, некроз низведенной культи кишки, нагноение околоректальной тазовой клетчатки, абсцесс межфутлярного пространства, сужение анастомоза, недержание кала и газов, каломазание, учащение стула и рецидивы запоров) - остается без тенденции к снижению [2, 5, 7, 8]. Причинами неудовлетворительных исходов лечения являются: недостаточная предоперационная подготовка, выбор метода хирургического вмешательства, интра– и послеоперационное ведение, функциональная реабилитация, а также короткое диспансерное наблюдение [3, 4, 6, 9].

Цель исследования. Изучить эффективность оптимизированной предоперационной подготовки детей с болезнью Гиршпрунга.

Материал и методы исследования. Изучены результаты обследование и лечения 64 детей с болезнью Гиршпрунга. В зависимости от степени распространенности зоны аганглиоза они были распределены на 6 групп: ультракороткая форма -7 (11,3%), ректальная – 34 (51,4%), ректосигмоидальная - 16 (23,5%), сегментарная – 7 (10,63%), субтотальная – 1 (2,9%) и тотальная формы – 1 (1,4%). По течению БГ распределялась на три стадии: компенсированная - 3 (4,4%), субкомпенсированная – 44 (64%) и декомпенсированная - 21 (30,8%).

В зависимости от тактики предоперационной подготовки больные разделены на две группы. В первую (контрольную) вошли 26 (38,5%) детей, получивших традиционные способы лечения: предоперационная подготовка, наложение двуствольной колостомии на восходящей части ободочной кишки сроком от 2 до 6 месяцев. Во вторую группу (основная) вошли 42 (61,5%) ребенка, которым проводилась предоперационная подготовка с учетом степени эндогенной интоксикации (ЭИ), интра– и послеоперационное ведение и одноэтапное оперативное лечение.

Нами изучена эффективность гиперволемической гемодилюции в сочетании с озонотерапией, которые выполнены 17 детям с БГ.

В связи с имеющейся хронической каловой интоксикацией, у 88,5% больных из-за воспалительного процесса в толстой кишке и кишечного дисбактериоза отмечалось нарушение всех звеньев гемостаза. Исследование системы гемостаза включало в себя определение времени свертываемости крови поЛи-Уайту (СВК), протеина С, протромбинового индекса (ПИ), протромбинового отношения (ПО), растворимых фибрин–мономерных комплексов (РМФК), этанолового теста, продуктов деградации фибрина и фибриногена (ПДФ), антитромбин III (АТ-III), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).

Результаты и их обсуждение. Предоперационная подготовка (ПП) детей с болезнью Гиршпрунга заключалась в проведении профилактики каловой интоксикации (очистительная клизма, массаж живота, ЛФК, диета, калорийное питание, общеукрепляющая – витамины группы В, С и Е и десенсибилизирующая терапия, бифидумбактрин, деконтаминация кишечника). Продолжительность предоперационной подготовки составляла 6±1,1 дней. С целью профилактики интра– и послеоперационной гормональной недостаточности накануне операции назначаются глюкокортикостероиды (преднизолон или дексаметазон). Для создания высокой концентрации антибиотика в крови за два дня до операции проводится деконтаминация путем внутривенного введения антибиотиков широкого спектра действия по возрастной дозировке согласно чувствительности биоценоза ребенка.

Субкомпенсированная стадия болезни 94 (64,8%) обычно является переходной от компенсации к декомпенсации. В начальном периоде болезнь Гиршпрунга протекает по типу компенсированной стадии, но со временем симптомы становятся все более отчетливыми, общее состояние ребенка медленно, но прогрессивно ухудшается независимо от проводимых мероприятий (как детям в компенсированной стадии), запоры становятся более упорными, для опорожнения кишечника приходится прибегать к сифонным клизмам. Даже при ректосигмоидальной форме (12 - 23,5%) родители, обучившись технике клизм, длительное время могут поддержать состояние ребёнка на сравнительно удовлетворительном уровне. В зависимости от тенденции симптомов и вторичных изменений организм больного меняется в сторону компенсации или декомпенсации.

В зависимости от доминирующей симптоматики декомпенсированную стадию болезни Гиршпрунга (17) условно клинически можно разделить на два варианта - острый и хронический. Острая стадия декомпенсация наблюдалась у 5 пациентов сразу же после рождения в виде острой врожденной кишечной непроходимости. У этих детей продолжительность запора была 5-6 и более дней. У них состояние после клизмы ухудшалось и проявлялась клиника острого инфекционно–токсического шока. При стадии хронической декомпенсации, которая отмечалась у 16 детей, консервативные мероприятия, главным образом очистительные или сифонные клизмы, купируют явления острой декомпенсации, и некоторое время состояние больного поддерживается на сравнительно удовлетворительном уровне. Однако опорожнение кишечника редко бывает полным, явления хронической непроходимости кишечника рецидивируют. Именно в стадии хронической декомпенсации мы обнаружили вторичные изменения в организме ребенка – гипотрофию, анемию, диспротеинемию, дистрофические изменения в печени, кишечный дисбактериоз.

При анализе клинических проявлений и течения болезни Гиршпрунга в зависимости от формы, стадии и срока, проводимых консервативных лечебных мероприятий проведена градация тяжести эндогенной интоксикации: 1 степень - у 3,8% детей, 2 степень - у 57,8%, 3 степень - у 26,9%.

I степень ЭИ имелась у 9 (11,5%) из 35 больных. У 5 пациентов с ректальной и у 4 с ректосигмоидальной форме в компенсированной стадии явления хронической эндогенной интоксикации не наблюдались. Эти дети постоянно находились под наблюдением педиатра и детского хирурга от 2 до 12 лет с организацией правильного ухода. Все это способствовало предупреждению развития эндогенной интоксикации. Этим больным выполнялись оперативные вмешательства в плановом порядке, как больным с компенсированной стадией.

II ст. ЭИ отмечена у 45 детей, им проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на восполнение дефицита жидкости, электролитов, улучшение реологических свойств крови, осуществлялась дезинтоксикация, энтеросорбция, плазмотрансфузия, метаболическая и ферментная терапия, деконтаминация кишечника, диета, ЛФК, лечебные клизмы.

III ст. ХЭИ – 21 пациент, которым осуществлялась дополнительно к проводимым мероприятиям больным со 2 ст. ХЭИ инфузионно – трансфузионная терапия с форсированным диурезом, переливание эритроцитарной и, по показаниям, тромбоцитарной массы, альбумина, ингибиторов протеаз, дезагрегантов, антиоксидантов, кортикостериодов и осуществлялась иммунная коррекция. В результате проведенных мероприятий у больных основной группы удалось очистить кишечник и снизить ЭИ без наложения колостомии, что способствовало проведению радикальных оперативных вмешательств одним этапом.

У 5 больных с острой формой БГ проведенные консервативные мероприятия были малоэффективными, о чем свидетельствовал оставшийся высоким уровень ХЭИ. Этим детям была наложена пристеночная сигмостома над расширенным участком кишки.

Как бы тщательно не проводился гемостаз, величина кровопотери во время операции на толстом кишечнике, особенно при операции Соаве-Ленюшкина, колеблется от 5 до 20 мл на 1 кг массы тела ребенка. Установлено, что гиперволемическая гемодилюция (ГГ) является эффективным методом профилактики послеоперационных гемореологических осложнений, гипоксии и улучшает восстановление функции легких, почек и кишечника [2-4].

Известна эффективность проводимой управляемой гемодилюции как метода стабилизации гемодинамики, профилактики послеоперационной болезни, инфекционного и травматического токсикоза, стимуляции микроциркуляции, торможения активации свертывающей системы. Гемодилюция (вливание кровезаменителей до 20-25% от исходного ОЦК) до известного момента приводит к разведению не циркулирующей, а только сгущенной, депонированной крови. У 17 детей проводилась гемодилюция в комплексе с озонотерапией. Гиперволемическая гемодилюция осуществлялась внутривенным введением плазмозамещающих и белковых растворов за 40-50 мин. до начала операции (альбумин или плазма, реосорбилакт или сорбилакт из расчета 10 мл на 1 кг массы тела ребенка). Озонотерапия проводилась за 10 дней до операции путем внутривенного введения растворимого медицинского озона в физологическом растворе. После ГГ и озонотерапии концентрация гемоглобина в периферической крови, по сравнению с исходным уровнем, снижалась в среднем на 17,2±2,8%, показатели гематокрита – на 20,2±2,6%, вязкость крови – на 8,6±1,5%. Содержание эритроцитов почти не изменилось (исходные эритроциты – $4{,}0\pm0{,}5\times10^{12}$/л и после – $3{,}87\pm0{,}7\times10^{12}$/л), PO_2 было 210±8,5 мм рт. ст., PCO_2 – 30,2 ±2,2% мм рт. ст., Sat. O_2 – 98,7±0,75%. Осложнения, связанные с ГГ и озонотерапией, не наблюдались. В результате проведенных ГГ и озонотерапии необходимости в переливании компонентов крови во время операции не было.

При гемодилюции в сочетании с озонотерапией напряжение кислорода в тканях оказывается значительно выше, чем при восполнении кровопотери донорской кровью. Положительным моментом управляемой гиперволемической гемодилюции (ГГ) и озонотерапии перед оперативным вмешательством является уменьшение истинной величины кровопотери за счет потери разведенной крови с сохранением глобулярного компонента и, тем самым, достижения снижения трансфузионных осложнений. Однако известно, что введение в организм кровозаменительных гемодилютантов неизбежно вызывает появление острой дилюционной анемии. Перспективным в профилактике дилюционной анемии и развития гипоксии является применение медицинского озона, что в условиях ГГ может привести к увеличению количества растворенного в крови кислорода настолько, что сама плазма становится переносчиком кислорода. Несмотря на многочисленные работы, все еще остается спорным выбор гемодилютантов, соотношение белковых, кристаллоидных и солевых растворов.

Таким образом, при ГГ и озонотерапии кислородная емкость крови остается вполне достаточной, а её реологические свойства значительно улучшаются. Уменьшается интенсивность

кровопотеря за счет потери разведенной крови с сохранением глобулярного компонента.

Несмотря на снижение компенсаторных возможностей детского организма на фоне анестезиологической и хирургической агрессии, наличия эндогенной интоксикации у детей с болезнью Гиршпрунга, дифференцированная предоперационная подготовка с применением щадящих способов оперативного вмешательства приводит к снижению послеоперационных осложнений, что позволяет достичь наилучших результатов.

Заключение. Медицинская озонокислородная смесь с концентрацией озона до 150 мг/л при потребляемой мощности 85 ВА и скорости газового потока от 0,25 до 1,0 л/мин. оказывает положительный эффект в регуляции процесса гемостаза. Проводимая предоперационная терапия с учетом ХЭИ, применение деконтаминации, гиперволемической гемоделюции, медицинская озонотерапия способствуют благоприятному течению интра– и послеоперационного течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Котин А.Н., Немилова Т.К., Шастина Г.В. Болезнь Гришпрунга у новорожденных // Вопросы охраны материнства и детства.1991. Т. 36, №2. С. 42 -46.

2. Вохидов А.Ш. Болезнь Гиршпрунга у детей: автореф. дисс…. док. мед. наук. Ташкент, 2005.

3. Кивва А.Н. Мониторинг уровня эндогенной интоксикации при болезни Гиршпрунга у детей // Детская хирургия. 2001. №6. С. 15–17

4. Киргизов И.В., Сухоруков А.М., Дударев В.А. Изменение системы гомеостаза у детей при хронических запорах.// Детская хирургия. 2001. №5. С. 31–34.

5. Лёнюшкин А.И. Детская колопроктология. М.: Медицина, 1990. 349 с.

6. Мусин И.И., Девиченская В.А., Насырена Т.А. Функциональное состояние печени у больных с хроническим толстокишечным стазом и болезнью Гиршпрунга. // Пробл. Проктологии. Моск. онкол. НИИ проктологии, 1988. Вып.9. С. 49 – 51.

7. Степанов Э.А., Красовская Т.В., Муратов И. Д., Кобзева Т.Н., Голоденко Н.В., Вавилова Т.И. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных // Хирургия. 1995. №8. С. 1821.

Ибодов Х., Рофиев Р., Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Баротов А.А.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Эффективное лечение пациентов с сепсисом является одной из наиболее актуальных задач современной клинической практики [2]. Развитие интенсивной терапии и хирургии детского возраста в начале XXI века, основанное на идеологии доказательной медицины, позволило добиться определенных успехов в лечении больных с тяжелым сепсисом [1, 3]. Однако сепсис по-прежнему является потенциально тяжелым заболеванием.

Цель исследования. Оценка эффективности реамберина в интенсивной терапии детей с абдоминальным сепсисом.

Материал и методы исследования. Нами изучены детоксикационные функции легких у 54 (37 основной и 17 контрольной групп) детей в возрасте: от 1 мес. до 1 года - у 10; от 1 года до 3 лет - у 14; 4-10 лет - у 17 и 11–15 лет - у 13 детей. Причиной развития абдоминального сепсиса был диффузный (15) и разлитой (39) перитонит вследствие язвенно-некротического энтероколита – у 7, деструктивного аппендицита – у 29 и кишечной непроходимости – у 18.

У практически здоровых детей (ПЗД) легкие активны, участвует в инактивации малонового диальдегида – МДА (разница в СВК и ОАК составляет 12,8%; $P<0,05$), для которого активно синтезируются супероксиддисмутаза (СОД) (разница в СВК и ОАК 13,5%; $P<0,05$) и неферментная антиоксидантная защита (АОЗ) - аскорбиновая кислота (АК) (разница в СВК и ОАК 5,6%). Все выше указанные данные свидетельствуют об активном участии легких в детоксикации организма.

С целью антиоксидантной терапии, детоксикации и уменьшения гипоксии 37 детям (основной группы) применялся 1,5% раствор реамберина по 12 мл на кг массы тела ребенка внутривенно капельно два раза в сутки в течение 3-4 дней. Эффективность проводимой инфузионной терапии изучалась определением МДА, СОД и аскорби-

новой кислоты, глюкозы, Na и K в плазме СВК и ОАК. 15 (27,8%) из 54 больных проводилась ИВЛ в высокочастотном режиме с положительным давлением на выдохе на аппарате «БИР» - США.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали улучшение гемодинамических показателей, снижение гипоксии от 15% до 30% на вторые сутки у детей основной группы. У больных, получивших реамберин, показатели PO_2 в артериальной крови колебались в пределах 82±4,5 мм рт. ст., PCO_2 - 39±3,2 мм рт. ст., Sat. O_2 - 95±1,5%. У рандомизированной контрольной группы (17 детей), не получивших инфузии реамберина, PO_2 оказался сниженным на 17% (68±2,8 мм рт. ст.), Sat O_2 на 6,4% (89±1,0%), PCO_2 – повышенным на 16% (46,5±4,0 мм рт. ст.).

Летальный исход наблюдался у 3 (8,1%) детей основной и у 4 (23,5%) контрольной группы. В 1-ые сутки у детей с абдоминальным сепсисом статистически достоверно отмечалось увеличение МДА (разница в СВК и ОАК 12%) и снижение СОД и АК (разницы в СВК и ОАК - 18% и 12,3% соответственно) с нарушением детоксикационной функции ($P<0,01$). У основной группы больных на 4 сутки отмечались достоверное снижение МДА (разница СВК и ОАК 2%), увеличение СОД и АК (отсутствие разницы в СВК и ОАК), хотя детоксикационная функция оставалась в стадии субкомпенсации. На 7 сутки отмечалось восстановление функции легких в метаболизме МДА (разница в СВК и ОАК – 5%) и АОЗ (разница СОД в СВК и ОАК снижена на 5,7% и АК 4,5%), соответствующие стадии компенсации. Но полного восстановления функции легких в метаболизме ПОЛ и АОЗ, по сравнению с нормой, не происходило, что потребовало проведения в дальнейшем реабилитационных мероприятий. Следует отметить, что у детей основной группы на 7 сутки лечения, наряду с восстановлением функции легких, отмечалось улучшение функции печени (детоксикационной, белковообразовательной, ферментативной).

У контрольной группы больных на 4 сутки лечения отмечалось улучшение функции легких по нормализации ПОЛ и АОЗ, что равнялось данным 1 суток у основной группы. У этих детей на 7 сутки функции легких были в стадии субкомпенсации, отмечались признаки функциональной недостаточности печени.

Заключение. Таким образом, у детей с абдоминальным сепсисом комплексное применение инфузионной терапии и реамберина способствует быстрой активации антиоксидантной защиты с уменьшением образования свободных радикалов, улучшением детоксикационной функции легких, печени и метаболических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение сепсиса и септического шока у детей // Вестник интенсивной терапии. 2009. №9. С.81-85.

2. Курсов С.В., Михневич К.Г. Интенсивная терапия тяжелого сепсиса и септического шока с учетом рекомендаций экспертов движения за выживаемость при сепсисе // Терапия. Медицина неотложных состояний. 2013. №3. С.193-197.

3. Карсанов А.М., Сажин В.П., Маскин С.С., Ремизов О.В., Каровин А.Я. Варианты тактических решений при осложнённой инфекции // Московский хирургический журнал. 2014. №5. С. 67-72.

Ибрагимова А.А., Джонибекова Р.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. В последние годы большое распространение среди детского контингента населения получил метод профилактики кариеса жевательных поверхностей моляров – герметизация фиссур, который применяется как на временных, так и на постоянных зубах [1-4].

Цель исследования. Изучить противокариозную эффективность использования фотополимерных герметиков разного способа нанесения у детей с анемией, находящихся на диспансерном наблюдении.

Материал и методы исследования. На диспансерном наблюдении в течение 3-х лет

находилось 114 детей в возрасте 2-5 лет и 105 детей - 6 лет с анемией, у которых проводилась герметизация временных и первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей.

Среди обследованных детей применяли 2 фотополимерных герметика – герметик, наносимый с помощью кисточки (Dyrectflow), и гарметик канюльного способа введения (Fuji VII). У 114 детей в возрасте от 3 до 5 лет были загерметизированы фиссуры в 316 временных молярах, из них 111 на верхней и 205 на нижней челюсти. У 105 детей 6 лет была проведена герметизация фиссур в 345 первых постоянных молярах, из них в 158 молярах верхней и в 187 молярах нижней челюсти.

Результаты и их обсуждение. Результаты запечатывания фиссур с применением фотополимерных герметиков в динамике свидетельствуют о нижеследующем.

Среди обследованных детей с железодефицитной и наследственно-гемолитической анемией на 1-м году наблюдений процент отрицательных результатов в виде частичной или полной утраты герметика во временных и первых постоянных молярах составил 0,6±0,4%, на 2-м году – 5,5±1,3% во временных молярах и в 2,1±0,7% - в первых постоянных молярах, на 3-м году во временных – 16,4±3,2%, в первых постоянных молярах – 2,3±0,8%.

Было выявлено, что среди наблюдаемых детей ни в одном из случаев утраты герметика и повторной герметизации кариес не развился. Большой процент отрицательных результатов во временных молярах можно объяснить рядом трудностей при проведении герметизации фиссур у детей младшего возраста с анемией (трудность контакта с ребенком, сложность длительного пребывания в кресле у стоматолога, повышенная саливация и др.).

Количество отрицательных результатов герметизации фиссур временных моляров верхней челюсти у детей 3-5 лет на 1 году, на 2 и 3 годах наблюдения соответствовало 3,9%, 13,2% и 24,1%. Вместе с тем, на нижней челюсти значение полученных цифровых результатов равнялось 0%, 1,4% и 10,0% соответственно.

Доля отрицательных результатов герметизации фиссур первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей у детей с анемией в 6-летнем возрасте на 1 году наблюдения составила 1,3% и 0%, на 2 году – 4,3% и 0,6%, на 3 году наблюдения – 8,2% и 1,0% соответственно.

Полученные материалы позволяют отметить, что среди обследованных детей с анемией уже через 1 год количество отрицательных результатов герметизации фиссур временных моляров верхней челюсти статистически достоверно выше, чем количество неудач герметизации фиссур на нижней челюсти. Следовательно, дефекты герметизации фиссур временных и первых постоянных моляров верхней челюсти обуславливают снижение эффективности атравматично-реставрационнои терапии в целом.

В нашу задачу также входила оценка эффективности герметизации фиссур как временных, так и постоянных зубов у детей 3-5 лет, страдающих анемией, в зависимости от способа нанесения герметика. Полученные материалы в указанном аспекте свидетельствуют о том, что за 1 год наблюдений отрицательных результатов обработки фиссур временных моляров герметиком, наносимый с помощью кисточки, не наблюдалось, тогда как 100% дефектов силанта приходилось на герметик канюльного способа введения. На 2 году исследования 77,3±6,7% дефектов герметизации временных моляров составлял герметик канюльного способа использования, а при использовании герметика кисточкового способа нанесения данный показатель составил 22,7±5,2%. На 3 году наблюдения в 76,3±4,3% случаев дефекты герметизации фиссур временных моляров относились к герметику канюльного способа использования, а в 24,7±4,3% - к герметику, наносимому с помощью кисточки.

Заключение. Таким образом, результаты наших исследований подтверждают высокую кариеспрофилактическую эффективность метода герметизации фиссур временных и первых постоянных моляров. Для герметизации временных и первых постоянных моляров верхней челюсти целесообразно использовать герметики с кисточковым способом нанесения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Переверзев В.С., Тишков Д.С. Кариес зубов у детей мегаполиса и пригородов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. № 4 (59). С. 73-76.

2. Курмангазина С.С., Мулдашева А.Г. Кариес зубов у детей раннего возраста и современные профилактические средства // Concept Стоматология (Алма-Ата). 2014. № 2. С. 30-33.

3. Сарап Л.Р., Мансимов А.В., Сарап Е.В., Фисенко О.Ю. Оценка клинической эффективности комплекса профилактических мероприятий у детей младшего школьного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. 2012. № 2. С. 64-67.

4. Bagramian R.A., Garcia-Godoy F., Volpe A.R. The global increase of dental caries. A pending public health crisis // Amer J Dent. 2013. N 1. P. 3-8.

Икромов М.К., Назирмадова М.Б.

ОСТЕОМЫ ЛОБНО-РЕШЁТЧАТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш»

Актуальность. Остеома - это доброкачественная опухоль, которая исходит из костной ткани. Остеомы относятся к наиболее распространённым опухолям придаточных пазух носа. Остеомы в лобной и решётчатой пазухах образуются относительно часто, но редко поражают верхнюю челюсть и клиновидную кость. Они растут медленно и могут оставаться в стационарном состоянии долгое время. Некоторые имеют ложную ножку, другие - широкое основание и могут быть удалены только с помощью дрели [2].

Размеры остеом колеблются от 2 до 30 мм, довольно редко встречаются «гигантские» новообразования более 30 мм. Средний темп роста 1,61 мм в год. Дискутабельными остаются вопросы этиологии и патогенеза данного заболевания. Выделяют три основные теории: посттравматическая, длительные воспалительные процессы и аномалии развития на генетическом уровне. Иногда остеомы, достигая больших размеров, могут проникать в полость черепа, глазницу, деформировать лицевой скелет и стать причиной мозговых расстройств, головных болей, понижения зрения, нарушения дыхания и обоняния [1, 2].

При отсутствии жалоб, функциональных, косметических и иных нарушений нет необходимости немедленного хирургического лечения остеомы. В таких случаях проводят длительное наблюдение пациента. Но при остеоме, занимающей более 50% от объёма лобной пазухи, и при наличии жалоб у пациента проведение операции считается необходимым [5].

Компьютерная томография значительно улучшила диагностику патологических процессов фронтоэтмоидальной области. Она позволяет выявить наличие новообразования, изучить точные размеры опухоли, её локализацию по отношению к стенкам пазух [3, 4].

Тактика хирургического доступа определяется в зависимости от размеров, локализации, деструкции стенок фронтоэтмоидальной области. Доступ через лицевую стенку лобной пазухи на сегодняшний день является традиционным, но он не совершенен, травматичен и дает далеко не лучший эстетический результат [4].

Цель исследования. Изучить эффективность совмещения традиционного доступа с интраназальным эндоскопическим способом при хирургическом лечении остеом фронтоэтмоидальной области.

Материал и методы исследования. За период 2016-2017 гг. под нашим наблюдением в 1-ом ЛОР-отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» находились четверо больных - трое мужчин и одна женщина в возрасте от 30 до 59 лет.

Все больные были обследованы и прооперированы по поводу остеомы фронтоэтмоидальной области.

У пациентов проводился сбор жалоб и анамнеза заболевания, стандартный оториноларингологический осмотр, исследование клинических анализов, компьютерная томография околоносовых пазух и полости носа. У троих в анамнезе имелась травма лицевого скелета черепа. Один из пациентов не припоминал получения травмы. По данным компьютерной томографии оценивали состояние околоносовых пазух, локализацию и размеры новообразования, отношение опухоли к решётчатому лабиринту, стенкам лобной пазухи (рис. 1).

Рис. 1. На серии компьютерных томограмм придаточных пазух носа больного визуализируется остеома фронтоэтмоидальной области большого размера

При ренгенологическом обследовании больных выявлены остеомы с раположением:

– в лобно-носовом кармане - 1 больной;

– в лобно-решётчатой области - 3 больных.

После предварительной подготовки, под общим эндотрахеальным наркозом доступ к опухоли осуществляли через лицевую стенку лобной пазухи. Алмазными фрезами срезали и удалили фрагмент опухоли, который находился в области фронтальной пазухи, затем эндоскопом с углом зрения 30º интраназально удалили этмоидальную часть остеомы.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде всем больным проводилось эндовидеоскопическое исследование полости носа. Признаков дополнительных воспалительных явлений и ликвореи нет, лобно-носовое соустье проходимо. Асептические швы, наложенные на кожу в области лицевой стенки лобной пазухи, снимались на 7-е сутки. Больных выписывали из стационара на 7-8–ые сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В течение полугода после выписки из стационара один раз в месяц больным проводили контрольный осмотр. Через 6 месяцев всем пациентам выполнена компьютерная томография пазух и полости носа. Признаков рецидива заболевания выявлено не было (рис. 2).

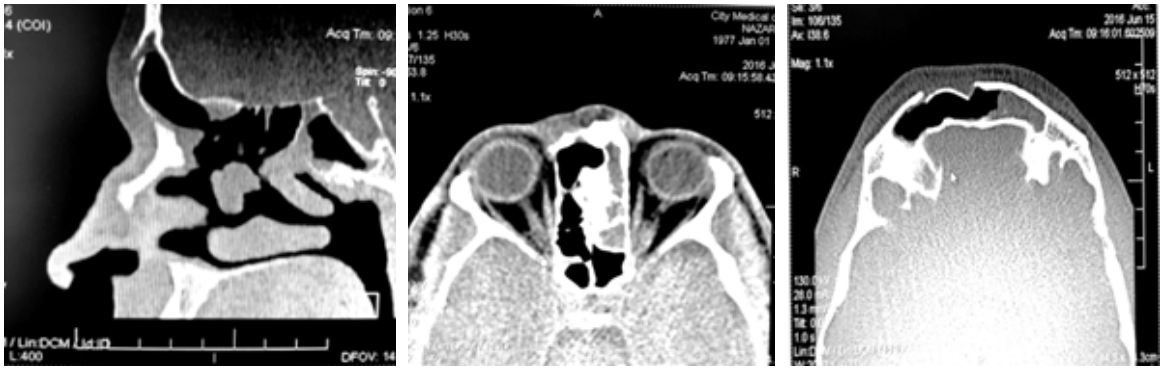


Рис. 2. Компьютерная томограмма придаточных пазух и полости носа больного через 6 месяцев после удаления остеомы фронтоэтмоидальной области

При эндоскопическом исследовании носовой полости лобно-носовое соустье оставалось функционирующим без признаков воспаления. Носовое дыхание свободное.

Выводы

1. Наши наблюдения показали, что традиционный и интраназальный эндоскопический методы взаимно дополняя друг друга, позволяют более щадяще и радикальнее удалить остеомы больших размеров фронтоэтмоидальной локализации с максимальным сохранением анатомической структуры и функции пазухи.

2. Названный способ также позволяет достичь наилучших эстетических результатов при отсутствии рецидивов.

3. Проведенное исследование свидетельствует, что частым этиологическим фактором остеом фронтоэтмоидальной области являются посттравматические процессы лицевой части скелета черепа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакина Л.В., Науменко А.Н. и др. Трансназальный доступ с использованием эндовидеотехники при удалении остеом лобных пазух // Российская оториноларингология. 2016. №3 (82). С. 33-37.

2. Виганд М.Э. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. Москва, 2010. 275 с.

3. Икромов М.К., Давлатов Д.Ш., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А. Оценка эффективности эндоскопической синусотомии при хронических полипозных риносинуситах по данным ЛОР клиники ГУ «НМЦ РТ» // Вестник Авиценны. Душанбе, 2017. Т. 19, №1. С. 63-67

4. Пальчун В.Г., Магомедов М.Н., Лучихин Л.А. Оториноларингология. М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2016. 581с.

5. Шамсидинов Б.Н. Беморихои гӯшу гулӯ ва бини. Душанбе, 2013. 863с.

[1]Икромов Т.Ш., [1]Ибодов Х., [2]Одинаев А.А., [1]Мурадов А.М., [1]Шумилина О.В.

ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

[1]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) является одной из ведущих медико-социальных проблем, что обусловлено высокой частотой встречаемости, инвалидизации в связи с необходимостью заместительной терапии при тяжелых формах заболевания. Особенно актуальным является это заболевание у детей. Частота возникновения ОПП у детей, находящихся на лечении в педиатрических отделениях, составляет 10-58% [3]. Развиваясь в детском возрасте, эта патология обусловливает дальнейшие нарушения функции мочевыделительной системы и влияет на прогноз болезни, зачастую с переходом в хроническую болезнь почек. Ассоциированная с ОПП смертность среди критических больных детей достигает 25% [4].

В Республике Таджикистан частота развития ОПП у детей находится на уровне 11,9%, ХБП - 7,38% [2].

Одной из причин прогрессирования тяжести патологии и развития органных осложнений являются нарушения параметров общей и регионарной гемодинамики [1]. На сегодняшней день существует некоторые спорные моменты, отражающие особенности ультразвуковой картины почек и почечной гемодинамики у детей с ОПП различного генеза, степени тяжести и динамики дисфункции.

Цель исследования. Изучить состояние почечной гемодинамики у детей с острым повреждением почек в зависимости от этиологии и тяжести поражения.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 144 больных детей с острым повреждением почек (ОПП). Возраст от 3 до 16 лет, мальчики составили 60,4%, девочки - 39,6%.

В зависимости от формы и причин возникновения ОПП больные разделены на 3 группы: преренальные – 90 (нейроинфекция - 8, травма – 21, ОКЗ – 11, перитонит – 34, сепсис – 15), ренальные – 34 (острый внутрисосудистый гемолиз – 6, токсический нефрит – 9, острый гломерулонефрит – 9, острый тубулоинтерстициальный нефрит – 10) и постренальные – 20 (мочекаменная болезнь – 11, обструкция мочевых путей – 9).

Всем больным проведено дуплексное сканирование основного ствола почечных артерий (ПА), междолевых (паренхиматозных), дуговых и междольковых артерий с цветным допплеровским картированием. Определяли спектр скоростей кровотока в импульсном режиме: скорость артериального кровотока (в см/с) - максимальная систолическая скорость кровотока (Vмакс.), минимальная диастолическая скорость кровотока (Vдиас.), средняя скорость кровотока (Vср). По показателям скоростных потоков по формулам Назаренко Г.И. и соавт. (2002); Лопаткина Н.А. (1998) рассчитывали индекс резистентности (ИР); пульсационный индекс (ПИ); систоло-диастолическое отношение (СДО).

С целью правильной оценки гемодинамических показателей при ОПП мы оценили эти значения в норме у 32 здоровых детей, которым проведена допплерография сосудов почек

Результаты и их обсуждение. В зависимости от генеза ОПП, тяжести течения и стадии нами выявлены существенные различия в значениях показателей систолической и диастолической скоростей кровотока и их интегральных показателей на разных уровнях артериального кровотока.

При сравнении полученных данных УЗ дуплексного сканирования скорости кровотока в основной почечной артерии с показателями практически здоровых детей выявляется достоверное снижение скоростных показателей V макс, Vдиаст, Vср во всех обследуемых группах при 1, 2 и 3 стадиях в зависимости от этиологии. При преренальной форме V макс снижается на 19,8% (P<0,001), 27,0% (P<0,001) и 49,5% (P<0,001), Vдиаст на 40,2% (P<0,001), 44,6% (P<0,001) и 47,1% (P<0,001), Vср на 27,3% (P<0,001), 37,0% (P<0,001) и 48,4% (P<0,001) соответственно по стадиям почечной дисфункции. При ренальной форме ОПП отмечается аналогичная динамика: при 1 стадии тенденция снижения V макс на 11,8%, при 2 стадии на 20,8% (P<0,001), при 3 стадии на 25,7% (P<0,001); Vдиаст - на 24,5% (P<0,05), 36,8% (P<0,001), 53,4% (P<0,001); по параметрам Vср на 15,4%, 27,0% (P<0,001), 35,9% (P<0,001) соответственно в зависимости от тяжести и стадии ОПП. При постренальной форме острой почечной дисфункции также имеется достоверное снижение скоростных показателей: V макс на 14,2% (P<0,05), 16,9% (P<0,05), 40,1% (P<0,001) соответственно 1, 2 и 3 стадиям ОПП.

По показателям Vдиаст в 1 стадии отмечалось недостоверное снижение на 2,9%, 13,2% (P<0,001) в 1 и 2 стадиях, в 3 стадии - на 25,9% (P<0,05), Vср имела тенденцию к снижению на 5,1%, 13,2%, 21,9% (P<0,05) соответственно.

Максимальные значения снижения кровотока в почечной артерии V макс, Vдиаст, Vср наблюдались при преренальной этиологии ОПП во 2 и 3 стадиях, более выраженные в стадии Failure по шкале RIFLE или 3 ст. по AKIN.

Изменения систолической и диастолической скоростей в основной почечной артерии привели к изменениям ИР, ПИ и СДО, а также кровотока в междолевой, дуговой и междольковой артериях как при сравнении с контрольной группой, так и больными с преренальной, ренальной и постренальной этиологией ОПП.

Статистический анализ показателей ИР, ПИ и СОД у больных при ренальном ОПП, по сравнению с контрольной группой, показал: при 1 стадии имеется их увеличение на 5,6% (P<0,05), 11,9% (P<0,01) и 20,6%; во 2 стадии почечной дисфункции - на 8,5% (P<0,05), 19,4% (P<0,01) и 26,5% (P<0,01); при 3 стадии ОПП отмечается снижение этих индексов на 15,5% (P<0,001), 34,3% (P<0,01) и 61,8% (P<0,01) соответственно.

Изучение ИР, ПИ и СОД у больных с постренальной этиологией ОПП выявило их устойчивую тенденцию к снижению, по сравнению с контрольной группой: в 1 стадии на 5,6%, 10,4% и 11,8%; во 2 стадии на 1,4%, 3,0%, 2,9%; в 3 стадии на 5,6%, 37,8% и 17,6% соответственно.

Анализ ИР, ПИ и СОД в зависимости от тяжести ОПП по стадиям показал устойчивую тенденцию к снижению этих показателей от 1 к 3 группе больных с ОПП.

Выявленные грубые нарушения кровотока в основной почечной артерии в зависимости от тяжести и этиологии ОПП, которые наиболее выражены при ишемической форме, непосредственно влияют на общее кровообращение в почках, а также на систолическую и диастолическую скорости, ИР, ПИ и СДО, что связано с внутрипочечной вазоконстрикцией артериальных сосудов разных уровней и является одним из основных механизмов повреждения почечной паренхимы при ОПП.

Анализ показателей V макс, Vдиаст, Vср во всех обследуемых группах при ренальной форме ОПП в междолевых и дуговых артериях выявили достоверное снижение этих показателей (P<0,001).

При постренальной форме ОПП анализ показателей V макс, Vдиаст, Vср в междолевых и дуговых артериях, по сравнению с контрольной группой, выявил их достоверное снижение в 3-х стадиях (P<0,001).

В тоже время анализом показателей ИР, ПИ и СОД междолевых и дуговых артериях у больных при преренальной, ренальной и постренальной формах ОПП, по сравнению с контрольной группой, показано, что в 1 стадии в междолевых артериях статистическая разница по ИР отсутствует, по ПИ выявлено увеличение на 3,7%, а по СОД - на 2,9% во всех группах больных.

У больных с постренальной формой ОПП отмечается тенденция повышения ИР, ПИ и СОД, по сравнению с данными контрольной группы: в 1 стадии на 3,3%, 3,4% и 2,7%; во 2 стадии почечной дисфункции - увеличение ИР на 1,6%, снижение ПИ на 3,5% и СОД на 1,1%; в 3 стадии повышение ИР и СОД на 4,9% и на 2,7% соответственно при снижении ПИ на 3,5%. Анализом показателей в зависимости от тяжести и стадии ОПП отмечено, что наиболее выраженные изменения происходят во 2 и 3 стадиях почечной дисфункции.

Нарушение кровотока в корковом слое почки, вызванное спазмом артериол и сбоем гемодинамики предыдущего уровня артерий, приводит к росту периферического сосудистого сопротивления и снижению васкуляризации паренхимы. Возникающая гипоперфузия коркового слоя почки и прогрессирующая в зависимости от тяжести состояния больного ведет к поражению паренхиматозных клеток, в особенности эпителия канальцев. Канальцевая ишемия и последующий некроз являются звеньями в патогенетической цепи развития интерстициального отека почки, в свою очередь отек приводит к сдавлению сосудов, усиливая процессы снижения клубочковой фильтрации, реабсорбции и тяжесть клинических проявлений ОПП. Взаимозависимость между степенью вазоконстрикции и интерстициальным отеком у больных с острой почечной дисфункцией подтверждается выявленной прямой корреляционной связью средней силы между объемом почки и ИР.

По данные допплерографии нарушение почечной гемодинамики напрямую зависят от общего почечного кровотока, степени снижения перфузии почек и повышения периферического циркуляторного сопротивления в сосудах почек на всех уровнях.

Выводы

1. Нарушение функции почек, их ультразвуковая и биометрическая картина при ОПП различного генеза имеют свои особенности по показателям почечного кровотока, что зависит от патогенеза нарушений внутрипочечной гемодинамики.

2. Для оценки функционального состояния почек при их остром повреждении, кроме определения интегральных характеристик, в комплекс диагностики необходимо включить неинвазивную быструю и доступную методику

УЗИ, а также допплерографию сосудов почек, с определением общего почечного кровообращения, степени ишемии или некроза в почках, что позволит объективизировать тяжесть почечной дисфункции и прогнозировать её исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверченко М.В. Способ оценки допплерографических показателей ренальной гемодинамики у детей и подростков // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2012. № 5. С 40-46.

2. Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 год. (Статистический сборник). Душанбе, 2016. 384 с.

3. Савенкова Н.Д., Чемоданова М.А., Панков Е.А. Острое повреждение почек у детей // Нефрология. 2013. Т. 17, № 4. С. 26-35

4. Чугунова О.Л., Амергулова С.Б., Коваленко Л.А., Суходолова Г.Н., Ярошевская О.И., Бояджян М.Б. Развитие острого повреждения почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии // Лечащий врач. 2017. № 6.

[1]Икромов Т.Ш., [1]Мурадов А.М., [2]Одинаев А.А., [1]Ибодов Х.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ У ДЕТЕЙ

[1]ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 г., количество детей, страдающих почечной патологией, составляет 793 на 100000 тыс. населения [2]. Наиболее частым вариантом острого почечного повреждения (ОПП) является острый канальцевый некроз - 58% [1, 3]. Преренальные поражения, не успевшие перейти в острый канальцевый некроз, встречаются в 21%, постренальные - в 10%.

В доступной литературе недостаточно информации о функциональном состоянии почек, особенностях их ультразвуковой картины и допплерографических показателей внутрипочечной гемодинамики у больных детей с ОПП в зависимости от этиологии, стадии, тяжести и наличия органных осложнений, что обусловило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить нарушение функционального состояния почек у детей при остром повреждении.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты исследования 144 больных с острым повреждением почек в возрасте от 3 до 16 лет. При этом среди детей с ОПП преобладали больные в возрасте 8-11лет, среди которых 22,2% составили мальчики; в возрасте 3-7 лет девочек было 16,7%. В возрасте 12-16 лет ОПП наблюдалось в 19,4% и 8,3% у мальчиков и девочек соответственно.

В зависимости от причины возникновения ОПП больные разделены на 3 группы: преренальные - 90 больных; ренальные – 34 и постренальные – 20.

При поступлении больных в клинику для определения стадии и тяжести ОПП нами использовались шкалы RIFLE (2004) и AKIN (2007).

Для оценки клинико-лабораторных показателей, функционального состояния почек производились расчетные методы оценки мочевыделительной системы: клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин), канальцевой реабсорбции (КР), осмотической концентрации (ОК), осмолярного давления (ОД), концентрационного коэффициента КК, а также качественные методы исследования: проба на концентрацию по Зимницкому. СКФ и КР рассчитывали по пробе Реберга. Пересчет по формуле Шварца (Schwartz).

Лабораторно верифицировался мочевой синдром (лейкоцитурия, альбуминурия, протеинурия, бактериурия, микрогематурия и др.), а также производился бактериологический посев мочи и определение чувствительности. В динамике проводилось измерение почасового и посуточного диуреза.

Результаты и их обсуждение. Анализ критериев ОПП при поступлении с учетом времени

развития патологии показал, что из 90 больных преренальной дисфункцией в 1 стадии было 11 (7,6%), во 2 стадии - 38 (26,4%), в 3 стадии - 41 (28,4%) пациент, т.е. в клинику поступали в основном во 3 и 2 стадиях по AKIN и RIFLE. Из 34 больных с ОПП ренальной этиологии выявлено 8 (5,6%), 9 (6,3%), 17 (11,8%), а из 20 с постренальным ОПП - 5 (3,5%), 7 (4,8%), 8 (5,6%) соответственно по стадиям заболеваний.

Из 144 больных с ОПП в 1 стадии Risk оказалось всего 24 (16,7%) пациента, во 2 стадии Injury - 54 (37,6%) и, соответственно, в 3 стадии Failure - 66 (45,8%), что требовало дифференцированной тактики ведения данных пациентов в зависимости от степени почечной дисфункции и тяжести ее клинических проявлений, обусловленных развитием других органных осложнений.

Анализ показателей ОК и ОД мочи показал их статистически достоверные различия к показателям практически здоровых детей в зависимости от тяжести, стадии ОПП, а также этиологического фактора. Выявлено, что ОК и ОД мочи достоверно снижаются во 2 и 3 стадиях почечной дисфункции, по сравнению с 1 стадией, а также этих показателей 3 стадии к данным 2 стадии: при преренальной этиологии – ОК мочи на 21,7% (P<0,01) и 48,0% (P<0,001), ОД мочи на 20,0% (P<0,001) и 46,7% (P<0,001), а также на 33,6% (P<0,001) и 33,3% (P<0,001) соответственно от этих показателей 3 стадии к данным 2 стадии; при ренальной этиологии – ОК мочи на 30,7% (P<0,01) и на 59,5% (P<0,001), при этом отмечается тенденция снижения ОД мочи на 7,6%, недостоверное на 0,03%, а также достоверное снижение этих показателей в 3 стадии ко 2 стадии на 41,3% (P<0,001) по ОК и тенденция на 8,2% соответственно ОД при постренальной этиологии – ОК мочи снизилась на 99,8% (P<0,05) и на 35,1% (P<0,001), ОД мочи на 25,0% (P<0,001) и 37,4% (P<0,001), а также на 23,8% (P<0,001) и 16,5% (P<0,001) показателей осмотической концентрации и давления при ОПП 3 ко 2 стадии.

Анализ показателей ОК и ОД мочи в зависимости от этиологии и тяжести ОПП также показал их взаимосвязь и зависимость от этих факторов, которые статистически достоверно различаются по стадиям почечной дисфункции. Выявлено, что ОК и ОД мочи в 1, 2 и 3 стадиях преренальной, по сравнению с показателями 1, 2 и 3 стадий: при ренальной этиологии ОПП в 1 стадии отмечается снижение ОК на 15,6% и ОД на 13,3%, во 2 стадии - на 25,3% и отсутствии достоверной разницы по осмотическому давлению, в 3 стадии имеется снижение на 37,4% (P<0,001) и увеличение на 62,5% (P<0,001) соответственно; при постренальной этиологии – в 1 стадии отмечалось увеличение ОК на 30,0% и снижение ОД на 46,7%, во 2 стадии на 41,1% и на 50,0%, при 3 стадии почечной дисфункции отмечалось достоверное увеличение ОК на 62, 1% и снижение ОД на 37,5% соответственно.

Нарушения ОК и ОД зависят от функционального состояния почек, тяжести, степени и глубины нарушения ОПП, т.е. уровня снижения КФ и КК. У детей с ОПП отмечается достоверное динамическое снижение показателей КФ, КР и КК в зависимости как от этиологии, так и тяжести течения почечной дисфункции на фоне анемии, электролитных и метаболических нарушений, повышения креатинина и мочевины, а также снижения минутного диуреза.

Выявлено, что КФ и КК в зависимости от тяжести течения и стадии ОПП достоверно снижаются во 2 и 3 стадиях почечной дисфункции, по сравнению с 1 стадией, а также этих показателей 3 стадии к показателям 2 стадии: при преренальной форме – КФ на 25,3% и на 71,5% (P<0,001), КК на 25,9% (P<0,001) и на 53,6% (P<0,001), также на 61,8% (P<0,01) и 37,4% (P<0,001) соответственно; при ренальной форме – снижение КФ на 26,1% и 59,5% (P<0,001), КК на 33,3% (P<0,01) и на 63,8% (P<0,001), также при этом выявлено достоверное снижение этих показателей при 3 стадии ко 2 стадии по КФ на 45,2% (P<0,05) и КК на 45,7% (P<0,01) соответственно; при постренальной форме – КФ снизилась на 34,1% (P<0,05) и на 74,1% (P<0,001), КК достоверно снизился на 18,1% и 40,7% (P<0,01), также отмечено снижение в 3 стадии, по сравнению со 2 стадией ОПП, КФ на 60,8% (P<0,01) и КК на 27,7% (P<0,001) соответственно.

Статистический анализ показателей КФ и КК в зависимости от этиологии и стадии ОПП показал их взаимозависимость от тяжести и глубины почечной дисфункции. Выявлено, что динамика КФ и КК в 1, 2 и 3 стадиях преренальной ОПП, по сравнению с показателями 1, 2 и 3 стадий, следующая: при ренальной форме в 1 стадии отмечается снижение КФ на 3,4% и КК на 22,9%, во 2 стадии - на 4,4% и на 25,2%, в 3 стадии - на 37,2% и на 35,1% (P<0,001) соответственно; при постренальной этиологии – в 1 стадии отмечается недостоверное увеличение КФ на 3,9% и снижение КК на 30,1%, во 2 стадии на 8,3% и на 43,9%, при 3 стадии на 6,3% и 66,2% соответственно.

Одним из достоверных маркеров почечной дисфункции является повышение концентрации креатинина в крови, что зависит от степени нарушения КФ, КР, КК, а также снижения почасового диуреза. В зависимости от тяжести и стадии ОПП у детей при 1 стадии отмечается повышение креатинина более чем в 1,5 раза (преренальной 140,0±10,8ммоль/л, ренальной 138,7±8,4 ммоль/л, постренальной 133,6±9,3 ммоль/л) при снижении СКФ более чем на 25%, по сравнению с практически здоровыми детьми, и уменьшение диуреза

менее чем на 0,5 мл/кг/ч за 6 часов. Во 2 стадии ОПП выявлено повышение креатинина более в 2 раза (преренальной 232,3±,6ммоль/л, ренальной 245,1±11,4 ммоль/л, постренальной 229,6±8,7 ммоль/л) при снижении СКФ более чем на 50% и олигоурии (при диурезе менее 0,5мл/кг/ч за 12 часов).

В 3 стадии ОПП обнаружено увеличение креатинина более чем в 3 раза (преренальной 380,7±13,6ммоль/л, ренальной 401,8±14,6 ммоль/л, постренальной 360,8±14,4 ммоль/л) при пониженной СКФ более чем на 75% и практической анурии: диурез менее 0,5 мл/кг/ч за 12 часов. Расчеты концентрации креатинина между 1 и 2, 3 стадиями ОПП, а также 2 и 3 стадиями показало его достоверное увеличение при преренальной этиологии на 64,5% (P<0,001), на 170,0% (P<0,001), а также 63,9% (P<0,001) соответственно; при ренальной форме на 77,2% (P<0,001), на 190,5% (P<0,001), а также на 63,9% (P<0,001) показателей креатинина 3 стадии ко 2 стадии; при постренальной форме - на 71,9% (P<0,001), 170,1% (P<0,001), а также 57,1% (P<0,001) соответственно.

Выводы

1. Изучение нарушений функции почек у детей с ОПП показывает, что зависит не только от тяжести и стадии патологии, но также в большей степени от этиологического фактора и сопутствующей фоновой патологии.
2. Для более целенаправленной и объективной оценки нарушений функции почек и выявления их анатомо-морфологических, структурных и гемодинамических изменений необходимо проводят УЗ исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунова С.С., Билевич О.А., Михайлова Л.В. и др. Острая почечная недостаточность: причины, исходы, методы заместительной почечной терапии // Омский научный вестник. 2012. Т. 114. С. 8-11
2. Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 год (статистический сборник). Душанбе, 2016. 384 с.
3. Benzer M, Alpay H, Baykan O., Early detection of acute kidney injury. Is it possible? // Pediatric Nephrology. 2012. Vol. 27 (9). P. 1619.

[1]Икромов Т.Ш., [1]Мурадов А.М., [2]Одинаев А.А., [1]Ибодов Х., [1]Шумилина О.В.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

[1]ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Несмотря на доказанную информативность УЗИ в диагностике острого повреждения почек (ОПП) у детей при первичном обследовании, ультразвуковом мониторинге, прогнозировании течения почечной дисфункции и возможностей выявления осложнений, многие вопросы данной методики диагностики названной патологии остаются недостаточно изученными. При этом большой интерес в медицине критических состояний вызывает быстрая и неивазивная оценка почечной функции УЗ и допплерографическим методами исследований [1-5]. Это определило актуальность выбранной темы исследования.

Цель исследования. Изучить особенности ультразвуковой характеристики почек у детей с острым повреждением почек.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты исследования 144 больных с острым повреждением почек в возрасте от 3 до 16 лет. Мальчиков было 60,4%, девочек - 39,6%.

В зависимости от причины возникновения ОПП больные разделены на 3 группы: преренальные факторы - 90 больных; ренальные – 34 и постренальные – 20. В основном факторами, приводящими к ОПП, являлись нейроинфекция, травма, ОКЗ, перитонит, сепсис, острый внутрисосудистый гемолиз, токсический нефрит, острый гломерулонефрит, острый тубулоинтерстициальный нефрит, мочекаменная болезнь, обструкция мочевых путей.

Для изучения биометрических, структурно-ультразвуковых характеристик почек проводилось ультразвуковое исследование почек

с помощью ультразвуковой системы ALOKA SSD - 3500 (Япония) с использованием мультичастотного конвексного датчика UST - 9123 (2-6 MHz) и аппарата фирмы (Panasonic) «Multivisor ADR-2000».

Всего было проведено более 430 комплексных ультразвуковых исследований в разных стадиях ОПП, при этом каждому больному от 2 до 4 раз провели сравнительный анализ основных структурных показателей и параметров при поступлении и в динамике лечения, перед выпиской в сравнении с показателями здоровых.

Результаты и их обсуждение. Анализ статистических показателей, полученных во время исследования, при поступлении детей с ОПП показал, что во всех группах отмечается достоверное увеличение объема почек при всех стадиях, с прогрессированием от 1 к 3 стадии; наиболее выражен этот процесс при олигоанурии. При сравнении полученных данных УЗИ с показателями практически здоровых детей выявлено, что объем почек был достоверно увеличен при 1, 2 и 3 стадиях ОПП в зависимости от этиологического генеза: при преренальной форме на 35,3% ($p<0,001$), 59,8% ($p<0,001$) и 104,5% ($p<0,001$); ренальной форме - на 51,3% ($p<0,001$), 73,8% ($p<0,001$) и 122,9%% ($p<0,001$); постренальной форме - на 56,1% ($P<0,001$), 77,7% ($p<0,001$) и 129,3% ($p<0,001$) соответственно.

В то же время проведенная сравнительная оценка объема почек между группами с ренальной и постренальной этиологией к преренальной, а также при постренальной к ренальной в зависимости от стадий ОПП показала, что в 1 стадии при ренальной дисфункции отмечалась всего лишь тенденция увеличения объема на 11,8%, зато при постренальной - достоверное увеличение на 15,4% ($p<0,05$), а также тенденция на 3,2% показателей постренальной к ренальной; во 2 стадии ОПП у детей отмечается увеличение на 8,8%, 11,2% и 2,2%; при 3 стадии - на 9,0%, 12,1% и 2,8% соответственно по стадиям почечной дисфункции. Максимальные значения увеличения объема почек выявлены в стадии анурии при ренальной и постренальной этиологии ОПП. Морфологическим субстратом увеличения размеров почек является резкий отек интерстициальной ткани и структурных элементов.

Толщина коркового слоя, почечной паренхимы и площадь сечения пирамид были достоверно увеличенными при всех формах и стадиях ОПП, также усугубляясь от 1 к 3 стадии дисфункции. Максимальные значения увеличения толщины почечной паренхимы и коркового слоя выявлены во 2 и 3 стадиях олигоанурии при ренальной и постренальной формах ОПП.

При сравнении ультразвуковых показателей площади сечения пирамид почечной паренхимы больных при ОПП с показателями практически здоровых детей выявлено их достоверное увеличение при 1, 2 и 3 стадиях в зависимости от этиологического генеза. Изменение площади сечения пирамид свидетельствует о выраженном перераспределением внутрипочечного кровотока с признаками венозного стаза в мозговом веществе почки, которое имеет прямую зависимость от стадии и генеза ОПП.

Эхогенность коркового слоя паренхимы почек при УЗИ была достоверно повышена во всех группах больных с ОПП в зависимости от генеза и стадии дисфункции, прогрессивно увеличиваясь от 1 к 3 стадии.

Заключение. Структурные параметры почки в разных стадиях ОПП при поступлении в зависимости от генеза напрямую зависят от этиологии и стадии почечной дисфункции. Максимальное увеличение объема почек выявлено за счет отека интерстициальной ткани и структурных элементов в стадии анурии при ренальной и постренальной этиологии ОПП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нугманова А.М. Эхокардиография в исследовании центральной гемодинамики у детей на программном гемодиализе // SonoAce Ultrasound. 2010. № 20. С. 78-82

2. Полещук Л.А. Характеристика почечной гемодинамики у детей с заболеваниями почек (обзор литературы) // Нефрология и диализ. 2006. Т. 8, №3. С. 225-231

3. Goldstein SL. Acute kidney injury in children and its Potenttial Consequences in Adulthood // Blood Purification. 2012. Vol. 33. P. 131-137

4. Kellum J.A. Diagnostic criteria for acute kidney injury: present and future // Critical Care Clinics. 2015. Vol. 31. P. 621–632.

5. Tanyildiz M., Ekim M., Kendirli T., Assessment of Acute Kidney Injury (AKI) in children after cardiac surgery in intensive care units // Pediatr Nephrology. 2012. Vol. 27 (9). P. 1768.

[1]Исмоилов А.А., [1]Нуров Д.И., [2]Аминджанова З.Р.

ОЦЕНКА НАИВЫСШЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]НКИС и ЧЛХ МЗиСЗН РТ

Актуальность. Многочисленные исследования стоматологического статуса свидетельствуют о том, что обследованные характеризуются неблагоприятным состоянием твёрдых тканей зубов и интенсивность кариозного поражения у них находится в прямой зависимости от возраста [1-4].

Серьёзным недостатком индекса интенсивности кариеса является невозможность его оценки в подгруппах, где данный показатель имеет наивысшее значение. У ряда индивидуумов отмечаются максимальные значения интенсивности кариеса, характеризующиеся очень высокой степенью активности поражения зубов.

Цель исследования. Определение индекса наивысшей интенсивности кариозного поражения у лиц с общесоматической патологией.

Материал и методы исследования. С использованием клинико-эпидемиологического метода обследован стоматологический статус у 257 стационарных больных в возрасте от 20 до 60 лет. Все обследуемые распределены как по возрастным группам: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше, так и по степени тяжести общесоматической патологии: лёгкая форма, форма средней тяжести, тяжёлая форма. Стадия и течение соматической патологии определялись по классификации комитета экспертов ВОЗ (1983).

Пациенты обследовались по общепринятой в стоматологии схеме, включающей клинические и параклинические методы исследования. На каждого из них заполняли стоматологическую карту с приложением, включающую анамнез, предварительный и окончательный диагноз, дополнительные методы исследования. Общесоматический диагноз ставили соответствующие специалисты.

Для определения уровня заболеваемости твёрдых тканей зубов использовались объективные показатели и индексы: распространённость и интенсивность кариеса зубов и его осложнённых форм. Для оценки интенсивности кариеса постоянных зубов использовались индексы КПУз, КПУп, средняя величина этих индексов.

Индекс наивысшей интенсивности кариеса среди больных с общесоматической патологией подлежал расчёту следующим образом. Исследованная популяция распределялась согласно значениям КПУ зубов в возрастающем порядке от минимальных значений к максимальным. Затем у одной трети исследуемых, имеющих самую высокую интенсивность кариеса, вычислялось среднее значение КПУ зубов, которое и является индексом наивысшей интенсивности.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты по изучению состояния индекса наивысшей интенсивности кариеса свидетельствуют о высоком уровне исследуемого индекса у всех больных с хроническими заболеваниями внутренних органов и систем. В ходе проведенного исследования выяснилось, что у соматических больных в возрасте 20-29 лет наивысшая интенсивность кариеса зубов составила 10,68±0,83 при средней интенсивности 6,52±0,41. В возрасте 30-39 лет исследуемый индекс составил 13,44±1,11 при усреднённом исходном значении 7,10±0,28. У 40-49-летних лиц наивысшая интенсивность кариеса по индексу КПУз составила 14,77±1,13 при средней интенсивности 7,36±0,30. Аналогичная тенденция обнаружена среди обследованных в возрастных группах 50-59 лет (соответственно 21,91±2,65 и 9,52±0,24) и 60 лет и старше (соответственно 31,02±2,50 и 12,41±0,35).

Интересным является анализ различий между значениями средней интенсивности и индексом наивысшей интенсивности кариеса в относительных величинах у лиц с сопутствующей патологией. Минимальные различия в группе зубов наблюдались в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет (соответственно 4,16±0,42 и 6,34±0,83 при процентном значении 63,80 и 89,30%). Максимальные различия между значениями средней интенсивности кариеса и индексом наивысшей интенсивности кариеса зубов среди обследованных пациентов отмечались в возрастных группах 40-49 (7,41±0,83 единиц, что составляет 100,68%), 50-59 (соответственно 12,39±2,41 и 130,15%), 60 лет и старше (соответственно 18,61±2,15 и 149,96%).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что среди обследованных соматических больных наивысшая интенсивность кариеса превышает среднее её значение в 1,6, 1,9, 2,0, 2,3 и 2,5 раза соответственно в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше.

Заключение. Таким образом, полученный материал может служить объективной доказательной базой для разработки комплекса лечебно-профилактических программ стоматологического характера у больных с общесоматической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмоилов А.А. К вопросу об уровне оказанной стоматологической помощи и наивысшей интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией // Вестник Таджикского национального университета. Душанбе, 2012. № 1/2(81). С. 248-253.
2. Леонтьев В.К. Будущее без кариеса – возможности и реальность // Стоматология России. 2014. № 1. С. 11.
3. Пустовойтова Н.Н., Казеко Л.А. Современные подходы к диагностике кариозной болезни: Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2010. 45 с.
4. Bagramian R.A., Garcia-Godoy F., Volpe A.R. The global increase of dental caries. A pending public health crisis // Amer J Dent. 2013. N 1. P. 3-8.

[1]Кандаков О.К., [1]Ашуров Д.М., [2]Назирбоев К.Р., [3]Кадамов М.Д.

ПУТИ УЛУЧШЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

[1]Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино
[3]ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи»

Актуальность. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза (ТНОГ) продолжает оставаться нерешённой проблемой неотложной хирургии. Это, прежде всего, обусловлено как ростом заболевания раком толстой кишки, так и высокой послеоперационной летальностью таких больных [1, 3].

Непроходимость толстой кишки является самым частым осложнением рака толстой кишки и встречается у 20-40% больных этой группы [4, 5]. Важно отметить, что среди больных с ТНОГ основную часть (69,1 – 80%) составляют лица старше 60 лет [2, 6]. Большинство из них страдает сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательных путей и обмена веществ, которые в 30% случаев обнаруживаются в стадии обострения или даже декомпенсации.

Следует также отметить, что до настоящего времени остаются не до конца решёнными вопросы выбора рациональной хирургической тактики при ТНОГ (показания, сроки, характер и объём операций), особенно для больных пожилого и старческого возрастов, у которых эти вопросы должны решаться с учётом как онкологических, так и геронтологических аспектов [5].

Современные достижения хирургии, онкологии, интенсивной терапии позволяют пересмотреть хирургическую тактику при ТНОГ и расширить показания к выполнению радикальных оперативных вмешательств у этого контингента больных.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения толстокишечной непроходимости опухолевого происхождения.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 96 больных ТНОГ. В анализируемой группе преобладали женщины – 56 (58,3%), мужчин было 40 (41,7%) в возрасте от 32 до 82 лет. При этом 70 (72,9%) пациентов были пожилого и старческою возраста, что говорит о геронтологической значимости рассматриваемой проблемы. Следует также отметить, что у 74 больных (77%) из 96 опухолевой процесс в сочетании с непроходимостью был отягощён сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органон дыхания, мочевыделительной системы и обмена веществ. У большинства оперированных больных диагностирован рак левой половины толстой кишки - 64 (66,7%), в правой половине опухоль локализовалась у 23 больных (23,9%), в поперечной ободочной кишке - только у 9 больных (9,4%). Микроскопическое строение опухоли изучали в удалённых препаратах. Наиболее часто выявлялись различной степени дифференцированности аденокарциномы. Всем больным при

поступлении проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения больных толстокишечной непроходимостью опухолевого происхождения во многом зависит от своевременной ранней диагностики этого заболевания.

Выполнение оперативных вмешательств у больных ТНОГ имеет ряд особенностей. Манипуляция на кишечнике значительно затруднена из-за выраженного вздутия его петель. У этого контингента больных имеют место выраженные нарушения мезентерального кровообращения, которые могут привести к некрозу кишечных петель при ТНОГ. В этой связи исключительно важным этапом операции является адекватная декомпрессия кишечника и поддержание брыжеечного кровотока. Не менее важными моментами выполнения оперативных вмешательств при ТНОГ, которые значительно снижают частоту развития гнойно-септических осложнений, является использование атравматических шовных материалов при формировании толстокишечных анастомозов и определение их физической герметичности, при сомнении в надёжности толстокишечных анастомозов - формирование коло- или илеостомы.

Оперировано 23 больных с локализацией опухоли в правой половине толстой кишки. При этом 17 больным с ТНОГ в стадии компенсации (n=7) и субкомпенсации (n=10) была выполнена проксимальная субтотальная колэктомия с перевязкой подвздошно–ободочной артерии с формированием илеосигмоидного (n=7) анастомоза и правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза конец в бок (n=6) и Y-образного (n=4) по разработанной в клинике методике. Двухэтапные операции при ТНОГ правой половины ободочной кишки в стадии декомпенсации выполненыу 4 больных из-за выраженности перифокального воспаления с вовлечением в воспалительный процесс желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки и образованием инфильтрата с абсцедированием. На первом этапе формировали илеотрансверзоанастомоз с отключением правой половины ободочной кишки (n=2) или формировали двуствольную илеостому (n=2) с дренированием зоны абсцесса, через 2-4 месяце выполняли правостороннюю гемиколэктомию. Еще 2 больным с декомпенспрованной кишечной непроходимостью правой половины толстой кишки первым этапом сформировали цекостому с декомпрессией тонкой кишки, через 1,5 месяца произвели правостороннюю гемиколэктомию с ликвидацией цекостомы и формированием Y-образного илеотрансверзоанастомоза.

После оперативных вмешательств по поводу толстокишечной непроходимости правой половины умерло 3 больных: 2 - от раковой интоксикации, 1 - от нарушения мозгового кровообращения. У 8 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

По поводу обтурационной непроходимости поперечно-ободочной кишки оперированы 9 больных (9,4%): 6 с кишечной непроходимостью в стадии компенсации и субкомпенсации, при расположении опухоли ближе к селезеночному углу толстой кишки (n=4), производили левостороннюю гемиколэктомию с формированием трансверзоректального анастомоза, а при локализации опухоли ближе к печеночному углу (n=2) ограничивались выполнением субтотальной колэктомией с формированием Y-образного илеосигмоидного анастомоза; 3 больным с обтурационной непроходимостью в стадии декомпенсации выполнили резекцию поперечно-оболочной по типу Гартмана. В послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалась несостоятельность швов анастомоза, им выполнена релапаротомия с формированием илеостомы. Умер 1 больной от интоксикации на фоне перитонита.

Из 96 больных с ТНОГ 64 (66,7%) были оперированы по поводу обтурирующей опухоли левой половины толстой кишки. Заметим, что в этой группе лишь у 26 больных (40,6%) имелась кишечная непроходимость в стадии компенсации, у 34 больных (53,1%) – субкомпенсации, у 17 (26,3%) – декомпенсации. После стабилизации гомеостаза в отсроченном (n=18) и плавном (n=25) порядке оперировано 43 больных (67,1%) с компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимостью. При этом у 22 выполнена дистальная субтотальная резекция ободочной кишки с перевязкой ствола нижнебрыжеечной (n=16) и средней ободочной артерии (n=6) с формированием асцендоректального анастомоза и последующим терминального отрезка подвздошной кишки с напряженной «антиперстальтической волной» на этом уровне.

В неотложном порядке после кратковременной предоперационной подготовки (4-6 часов) был оперирован 21 больной (32,9%) с ТНОГ. 12 больным с полной обтурационной непроходимостью (n=8) и перфорацией опухоли (n=4) с «индексом непроходимости» 10 баллов, производились паллиативные операции: наложение илеостомы (n=3), обходного илеотрансверзоанастомоза (n=3) и проксимальной трансверзостомы (n=2), а при перфорации всем больным наложена разгрузочная колостома с тампонированием перфоративного отверстия сальником на ножке с санацией и дренированием брюшной полости. После выполнения паллиативных операций умерло 7 больных. Остальным 9 пациентам

произведена резекция сигмовидной кишки (n=6) или левосторонняя гемиколэктомия (n=3) с формированием трансверзостомы. Из этой группы умерло 3 больных от прогрессирующей раковой интоксикации Общая послеоперационная летальность при этом составила 14,5%, а послеоперационные осложнения различного характера – 17,7%.

Таким образом, результаты исследования показывают, что хирургическая тактика при ТНОГ должна быть индивидуально-активной с учетом локализации опухоли, степени проходимости толстой кишки, возраста больного, сопутствующих заболеваний, а также состояния гемодинамики и эндогенной интоксикации.

Выводы

1. При компенсированной и субкомпенсированной непроходимости толстой кишки, независимо от ее локализации, при низких показателях эндогенной интоксикации и стабильной гемодинамике у определённой группы больных оправдано выполнение одномоментных радикальных операций.

2. При лечении больных с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью предпочтение следует отдавать более щадящим многоэтапным оперативным вмешательствам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюхов С.В., Мухиддинов Н.Д., Кубачев К.Г. Радикальные операции при раке ректосигмоидного отдела и прямой кишки, осложненном кишечной непроходимостью // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Таджикистана. 2016. №3. С.76-81.

2. Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С. Оптимизация хирургического лечения больных раком дистальных отделов толстой кишки в условиях обтурационной толстокишечной непроходимости // Колопроктология №1 (51).- 2015.- С. 38-45.

3. Осипов В.А., Абдулаев М.А., Авдеев А.М. Результаты хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью и кровотечением // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 11. 2014. Вып. 3. С.104-117.

4. Свистунов Н.Н., Шульга А.Ф., Терских Н.В. Прогностическое значение оценки тяжести состояния больных осложненным колоректальным раком // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 11. 2011. Вып. 1. С.128-134.

5. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Диагностика и лечение кишечной непроходимости // Казанский медицинский журнал. 2013. №94 (3). С.377-381.

6. Papadimitriou G. Emergency surgery for obstructing colorectal malignancy: prognostic and risk factors /G. Papadimitriou, D.Manganas, Phedias C.Georgiades / J BUON. 2015. Vol. 20 (2). P. 406-412.

Каримов С.М., Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Интегральный подход в медицине позволяет осмыслить и оценить механизмы взаимного отягощения заболеваний внутренних органов и полости рта [1, 3]. Лицо и полость рта являются по-своему уникальной зоной, где перекрещиваются системы дыхания и пищеварения, сконцентрированы основные органы чувств и речи, хорошо развиты крово- и лимфообращение [4, 5].

На сегодня возник системный взгляд на проблему происхождения заболеваний пародонта. Отмечается, что системные нарушения возникают до появления патологических изменений в пародонте. У больных генерализованным пародонтитом разнообразная патология внутренних органов не может не свидетельствовать о тесной взаимосвязи состояния пародонта с общим состоянием организма [2].

Цель исследования. Оценка пародонтологического статуса у больных с патологией внутренних органов и систем.

Материал и методы исследования. С использованием клинико-эпидемиологического метода обследован пародонтологический статус у больных в возрасте от 20 до 60 лет и старше, у которых диагностированы желудочно-кишечная, сердечно-сосудистая, лёгочная, эндокринная и мочеполовая патологии.

Для изучения особенностей состояния пародонтологического статуса у больных с сопут-

ствующей патологией нами проанализированы в Карте оценки стоматологического статуса (ВОЗ, 1995) разделы «CPITN» (индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта). Общесоматический диагноз ставили соответствующие специалисты на основании анализа жалоб, данных объективного осмотра, клинических и лабораторных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Процентное выражение составляющих индекса CPITN в каждом пародонтальном сегменте рассчитано без учёта исключённых сегментов (X), поскольку удаление зубов, как правило, в боковых сегментах могло быть следствием не только пародонтита, но и осложнения кариеса. Всё же необходимо отметить большее число исключённых секстантов в связи с удалением зубов у больных с общесоматической патологией (0,5 сегмент на верхней и 0,8 на нижней челюсти).

Количество секстантов с признаками поражения пародонта составило соответственно 5,5 и 5,2 среди обследованных лиц. По результатам полученных данных выяснилось, что в боковом отделе верхней челюсти справа не определяются пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более. Вместе с тем, соответствующие карманы глубиной 4-5 мм отмечены у 4,7% стационарных больных. Такие патологические признаки пародонта, как зубной камень и кровоточивость дёсен, одинаково выявлены у 34,3% обследованных. Пациенты с интактным пародонтом составили 26,6% от общего количества обследованных больных с наличием общесоматической патологии.

Число больных со здоровым пародонтом значительно меньше: 21,5% и 19,9% в боковых отделах челюстей, 15,7% - во фронтальном отделе при усреднённом значении 18,9% на одного обследованного. Кровоточивость дёсен встречается чаще (соответственно 39,3%, 39,0% и 33,9% при среднецифровом значении 37,4%). Значительно больше больных с зубными отложениями (40,3%), что является проявлением более глубоких патологических изменений в пародонте.

Заключение. Таким образом, полученные в ходе данного исследования результаты убеждают в необходимости одномоментного решения комплекса взаимосвязанных и взаимно обуславливающих друг друга проблем, что даёт полное основание для активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера среди больных с хроническими заболеваниями органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров Г.Г., Аминджанова З.Р., Исмоилов А.А. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных // Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы. Душанбе 2015. № 1. С. 13-18.

2. Ашуров Г.Г., Исмоилов А.А., Каримов С.М. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном. Душанбе, 2016. 319 с.

3. Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С. Патофизиологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта // Стоматология. 2015. № 1. С. 28-34.

4. Liberali S.A. Oral impact of gastro-esophageal reflux disease // Australian Dental Journal. 2012. Vol. 53. P. 176-179.

5. Michael L., Barnett D.D. Oral/systemic disease connection // JADA. 2010. Vol. 139. P. 613-615.

Касымова З.Н., Рахимбаева Н.У., Азизова С.И., Фозилова З.Б., Хайдарова Р.Ш.

КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО СОГДИЙСКОМУ ОБЛАСТНОМУ РОДИЛЬНОМУ ДОМУ

Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Согдийский областной родильный дом

Актуальность. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) занимает значимое место в структуре поздних выкидышей и преждевременных родов. Частота в популяции составляет 9%, при невынашивании беременности - от 15% до 42% [1]. Патогномоничными признаками ИЦН служат безболезненное укорочение и последующее открытие шейки матки во II триместре бере-

менности, сопровождающееся пролабированием плодного пузыря и/или излитием околоплодных вод, заканчивающееся выкидышем или в III триместре рождением недоношенного ребенка. ИЦН относят к анатомическим причинам привычного невынашивания беременности, которая является наиболее частым этиологическим фактором прерывания беременности во II триместре [3]. Среди других факторов, приводящих к ИЦН, ведущее место играют воспалительные заболевания половой сферы, ИППП, дисфункция яичников, миома матки и др., которые в современной медицине являются актуальными проблемами.

С целью коррекции ИЦН в акушерстве используются как акушерские пессарии, так и наложение швов на шейку матки (цервикальный или трансвагинальный серкляж). Показанием для хирургической коррекции ИЦН являются следующие условия: живой плод без пороков развития, срок беременности не более 25 нед., целый плодный пузырь, отсутствие тонуса матки, кровянистых выделений из половых путей, признаков хориоамнионита и вульвовагинита. Самопроизвольный выкидыш, многоплодная беременность, преждевременные роды, рубцовые деформации шейки матки в анамнезе усугубляют необходимость коррекции ИЦН [3].

Наиболее распространенными методиками хирургической коррекции ИЦН являются: наложение швов по *Shirodkar*, *McDonald* в модификациях, П-образный шов по Любимовой. Исследования последних лет показали, что зашивание шейки матки у женщин с ИЦН снижает частоту очень ранних и ранних преждевременных родов до 33 нед. беременности [3]. Вместе с тем, отмечено, что таким пациенткам требуется применение токолитических препаратов, госпитализация, антибактериальная терапия, в отличие от пациенток, которым были использованы акушерские пессарии.

В настоящее время акушерские пессарии все чаще используются с целью профилактики и лечения ИЦН. Наибольшую распространенность получили акушерские разгружающий пессарий «Юнона» и акушерский пессарий «Доктора Арабин».

Использование швов (серкляж) и акушерских пессариев позволяет снизить частоту преждевременных родов и неблагоприятных перинатальных исходов в 4-5 раз, их эффективность достигает 62-94%, что подтверждается данными доказательной медицины [2].

Цель исследования. Изучение эффективности коррекции ИЦН по данным отделения патологии беременных Согдийского областного родильного дома.

Материал и методы исследования. Нами произведен ретроспективный анализ 87 историй родов женщин с ИЦН по Согдийскому областному родильному дому (СОРД) за период 2016-2018 гг. В структуре нозологий из числа всех поступивших беременных по отделению патологии СОРД истмико-цервикальная недостаточность составила 1,8%. Во всех случаях беременные госпитализированы по направлению врачей городских и районных центров здоровья.

Для диагностики ИЦН нами проведены: сбор анамнестических данных, осмотр шейки матки в зеркалах и данные ультразвуковой диагностики шейки матки. Ультразвуковые признаки ИЦН, полученные при обследовании трансвагинальным датчиком, позволяют выделить группу повышенного риска развития преждевременных родов.

Определяли степень выраженности ИЦН по балльной шкале. Показанием для коррекции ИЦН являются: признаки ИЦН по данным влагалищного исследования, эхо- признаки ИЦН по данным трансвагинального УЗИ и степень выраженности ИЦН по шкале оценки 5-6 баллов и более.

Таблица 1

Балльная шкала оценки истмико-цервикальной недостаточности

Признаки	***Оценка в баллах***		
	0	***1***	***2***
Расположение шейки матки	Резко кзади	Кзади	Центрально
Расположение предлежащей части плода	Над входом в малый таз	Прижата ко входу в м/т	Малым сегментом
Длина шейки матки по УЗИ	До 3 см	3-2 см	2 см и меньше
Внутренний зев по УЗИ	Сомкнут	Менее 0,9 см	0,9 см и больше
Гиперандрогения во время беременности	Нет	-	Выявлено
Поздний самопроизвольный выкидыш в анамнезе	Нет	Один	Два и более ИЦН в анамнезе

Ультрасонографическими критериями ИЦН являются: длина шейки матки 3 см для первобеременных при сроке беременности до 20 см, длина шейки матки 2-2,5 см - абсолютный критерий ИЦН; ширина цервикального канала 0,9 мм и более при сроках гестатции до 21 нед.

Из числа 87 беременных в 25 (28,7%) случаях нами использовалась коррекция акушерскими пессариями, в 62 (71,3%) случаях наложены швы по McDonald по традиционной методике.

Результаты и их обсуждение. При сборе анамнеза выявлено: преждевременные роды в анамнезе имелись у 78,2% женщин, неразвивающаяся беременность - в 21,8% случаях. По паритету: 1 выкидыш или преждевременные роды отмечали 19,5%, 2 и более - 80,5%. Максимальное число перинатальных потерь у 6 женщин составило 5-6 беременностей. Из 87 женщин в возрасте 20-24 лет было 8 женщин (9,2 %); 25-29 лет - 42 (48,3%); 30-35-лет - 37 (42,5%). Из числа всех беременных 64% женщин проживали в сельской местности.

Коррекция ИЦН беременным была произведена в 55 (63,2%) случаях до 20 недель и в 32 (36,8%) - до 28 недель. После 20 недели беременности выбором метода были акушерские пессарии.

Гинекологические заболевания половой сферы встречались в более 78,2% случаях: миома матки – 3,5%, киста яичника - 13%, хронический эндометрит - 35,7%, нарушение менструального цикла - 7% - наиболее часто встречающая патология данного контингента женщин. Среди заболеваний, передающим половым путем, основную долю составили цитамегаловирус, генитальный герпес, хламидиоз. В 65 (74,7%) случаях женщинам на антенатальном уровне проведены лабораторные обследования до и во время беременности. При обследовании ИФА крови у женщин в 73,8% случаях обнаружен ЦМВ, Herpes simplex – в 69,2%, хламидиоз – в 30,7%. Большинство женщин имели несколько видов возбудителей ИППП. После проведенной терапии и при отрицательных результатах решался вопрос о коррекции ИЦН.

Показания, противопоказания, условия коррекции ИЦН при наложении швов и акушерских пессариев существенно не отличаются, за исключением сроков их использования. Акушерский пессарий устанавливается с 14-16 до 32-33 нед., наложение швов целесообразно с 14-16 до 22 нед. Условия для ведения акушерских пессариев и серкляжа не отличаются: целый плодный пузырь и отсутствие выраженного пролабированого плодного пузыря во влагалище.

В 25 случаях нами использовались акушерские пессарии «Доктора Арабин». Они были введены беременным в 48% случаях при сроке беременности 14-16 недель, в 36% случаев - в сроке 22-24 недель и в 16% случае - до 28 недель беременности. Преимуществом акушерских пессариев является: простота и безболезненность метода, возможность применения как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях, применение в сроках гестатции более 22-25 недель, когда наложение швов на шейку сопряжено с осложнениями, экономическая эффективность, не требует анестезиологического пособия. Показанием для снятия швов или пессария является срок беременности 37 недель и более или начавшиеся ритмические схваткообразные боли.

Исходы беременности при коррекции ИЦН по результатам отделения патологии беременности СОРД сложились следующим образом: в 90,8% случаев женщины доносили беременность до срока и родили здоровых новорожденных. В 6 (6,9%) случаях произошли преждевременные роды до 34 недель, этим женщинам была проведена профилактика РДС, состояние новорожденных очинивалась как средней тяжести в связи с незрелостью. В 2 (2,3%) случаях беременность завершилась поздним выкидышем в сроке 20-21 недель беременности.

Заключение. С целью коррекции ИЦН нами использовались акушерские пессарии и коррекция наложением швов по McDonald. Эффективность проведенной коррекции по нашим наблюдениям составила 90,8%. ИППП и воспалительные заболевания половой сферы наиболее часто является факторами, приводящими к ИЦН. В сроках беременности более 22-28 недель путем выбора коррекции были акушерские пессарии. Коррекция истмико-цкрвикальной недостаточности позволяет снизить частоту преждевременных родов и неблагоприятные перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арабин Б., Альфиревиц Ц. Акушерские пессарии для предотвращения преждевременных родов: прошлое, настоящее и будущее // Акушерство и гинекология, новости, мнения, обучения. 2014. С. 30-42.

2. Баскаков П.Н., Торсуев А.Н., Тархан М.О. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности акушерским и разгружающим пессарием // Охрана материнства и детства. 2013. №1. С. 49-52.

3. Кулакова В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 42-45.

Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Рабиев А.Х.

К ВОПРОСУ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН

Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Тазовый пролапс – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании [1]. По современным представлениям, понятие «тазовое дно», кроме мышц леваторов и диафрагмы таза, включает также наружный и внутренний сфинктеры заднего прохода. Синдром тазового пролапса всегда сочетается с патологическими изменениями со стороны органов малого таза. Высокая частота этой сочетанной патологии у женщин всех возрастов определяет актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Изучить состояние тазового дна у сельских женщин Таджикистана.

Материал и методы исследования. За последние 10 лет обследованы 168 женщин в возрасте 22-50 лет, жители сельской местности, которые в основном заняты сельским хозяйством. При обследовании выяснены жалобы, число и тяжесть родов, промежутки между родами, сопутствующие заболевания, по показаниям произведено бимануальное исследование влагалища и прямой кишки, измеряли рост, массу тела и определили индекс массы тела.

Обследованные разделены на 3 группы. В первую вошли 47 (28%) женщин в возрасте 22-30 лет, во вторую – 76 (45,2%) в возрасте 31-40 и в третью – 45 (26,8%) женщин в возрасте 41-50 лет.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в 24,2% случаев индекс массы тела женщин был меньше нормы, в 34,5% - в пределах нормы и в 41,3% случаев - ожирение разной степени. Промежуток между родами в 96,8% случаях составлял 2-5 лет, в 2,6% - 1,5 года и лишь в 0,6% - 9 лет. Первые роды были в 18, последующие - до 43-летнего возраста (табл.).

Антропологические показатели частоты и характера родов

Показатели	***Группы***		
	Первая, n-47	***Вторая, n-76***	***Третья, n-45***
Рост, см	147-170 (153)	140-165 (151,9±m)	148-160 (153,6±m)
Масса тела, кг	39-60 (49,2±1,5)	39-62 (51,4 ±1,5)	40-65 (56,2±1,5)
Трудные роды	33 (44%)	21 (45,65%)	12 (36,4%)
Промежутки между родами	2-5 лет, 3*	2-5лет, 1*	2-9 лет, 3*

Примечание: * - число женщин, родивших 4-7 детей с интервалом 1,5 года (M±m)

Наиболее частыми симптомами НТД являются: чувство тяжести или давления в области промежности, ощущение выпадения матки, мочевого пузыря или прямой кишки. Признаки заболевания возникают, когда женщина находится в вертикальном, и исчезают при горизонтальном положении.

У женщин сельской местности в связи с особенностями образа жизни и характера труда более развиты мышцы промежности. Возможно, этим объясняется относительно меньшее число НТД. В то же время имеют место полные разрывы промежности с соответствующими последствиями, т.к. восстановительные операции производят после рождения запланированных детей.

Анализ данных профилактических осмотров показывает, что наиболее частым осложнением трудных родов являются изменения в области наружного отдела мочеиспускательного канала - перегиб и зияние наружного отверстия канала. В этой связи моча выделяется «веером». У 56 (33,3%) пациенток отмечается недержание мочи при сильном чихании, кашле и поднятии тяжести. Эти признаки наблюдались у 12 (26%) женщин первой, у 29 (38,2%) – второй и у 18 (40%) – третьей группы. Цистоцеле отмечено в 5,3%, 8,7% и 24,2% соответственно в разной степени расхождения пучков m. Levator ani без дивертикулоподобного образования – в 4%, 8,7% и 12,1% соответственно. Опущение матки констатировано лишь среди женщин третьей группы – 6,1%. Для диагностики осложненных форм НТД применяют ректоскопию, рентгенографию, манометрию и эндоректальное УЗИ. Среди наших пациенток разной степени НТД отмечалось у женщин, перенесших тяжелые роды с короткими интервалами, при наличии хронического воспалительного процесса внутренних половых органов, ожирение или выполняющих тяжелый

физический труд. У них и у женщин, которые родили естественным путем после 30 лет или с длительным промежутком между родами, чаще всего было нарушение целостности m. Levator ani. При этом расхождение мышечных пучков преимущественно (68%) происходило по средней линии задней стенки влагалища.

Некоторые авторы нарушения целостности m. Levator ani отметили у 21,6% женщин, средний возраст которых составлял 25,5 лет, из них в 14% случаев после обычных родов. Авторы считают, что каждый год задержки родов увеличивает на 10% травму m. Levator ani [2]. Другие полагают, что нынешняя тенденция к отсроченному рождению ребенка может способствовать распространению НТД в последующие десятилетия [3]. В этой связи более 90% женщин с ожирением испытывают некоторую степень НТД и 50% - признаки, ухудшающие качество жизни.

Заключение. При тазовом пролапсе у женщин сельской местности необходимо сочетанное воздействие как на причину, так и на следствие, что способствует улучшению результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов А.А., Славутская О.С., Рамазанов М.Р. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения опущения и выпадения половых органов у женщин // Эндоскопическая хирургия. 2002. №6. 13-15 с.

2. Dietz H.P., Simpson J.M. Does delayed child-bearing increase the risk of levator injury in labour? // Australian medical journal. 2007. Vol. 47, No.6. P. 491-495.

3. Wasserberg N., Haney M., Petrone P. Morbid obesity adversely impacts pelvic floor function in females seeking attention for weight loss surgery //Tech. Coloproctolog. 2007. Vol. 12, P.103.

Кахарова Р.А., Рабиев А.Х., Иброхимов Ю.Х.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ С ВЫРАЖЕННОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра колопроктологии ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Геморрой – это патология кавернозных вен прямой кишки. Им страдает более 10% взрослого населения, а удельный вес среди болезней прямой кишки составляет около 40% [1]. Прямые артерио-венозные анастомозы кавернозных телец прямой кишки объясняют артериальные кровотечения из геморроидальных узлов, что приводит к возникновению анемии. В отношении тактики лечения геморроя, осложненного анемией, в литературе представлены разноречивые мнения. Некоторые авторы проводят срочную геморроидэктомию на высоте кровотечения или после кратковременной подготовки [3]. Другие рекомендуют выполнение радикальной операции в отсроченном или плановом порядке после остановки кровотечения и коррекции анемии [2]. Геморрой относится к доброкачественным заболеваниям прямой кишки, однако, на фоне рецидивирующих кровотечений резко снижается качество жизни пациентов, что и определяет актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения больных геморроем с тяжелой анемией.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет в Городской центр колопроктологии г. Душанбе поступило 67 больных геморроем с упорными обильными кровотечениями и выраженной анемией (30-60 г/л), что составило около 6% больных кровоточащим геморроем. Женщин было 13 (19,4%), мужчин - 54 (80,6%). Возраст больных колебался от 18 до 60 лет. Сроки возникновения кровотечений при дефекации до развития выраженной анемии составляли от 2 недель до 2 лет. Причем, кровотечения или сразу принимали характер профузных, или становились таковыми позже и быстро приводили к анемизации больных.

Результаты и их обсуждение. Клиническая диагностика ректального кровотечения у пациентов с геморроем не представляла трудностей, однако для исключения опухоли прямой кишки, язвенного колита или дивертикулярной болезни всем больным проводилась ректороманоскопия. Ирригоскопия, колоноскопия с целью дифференциации геморроидального кровотечения от кровотечений из других отделов прямой кишки больным не проводилась

из-за тяжести состояния. Сразу при поступлении начинали гемостатическую, инфузионно-трансфузионную терапию – переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы – с целью восполнения кровопотери, стабилизации гемодинамики, показателей системы гемостаза. Весь лечебный процесс предусматривает специальное диетическое питание. Продукты, которые рекомендуются в данный период, способствуют восстановлению функций органов кроветворения. Учитывая возможности повторения ректальных кровотечений на фоне консервативной терапии, больные были оперированы не позже 12-24 часов с момента поступления. В таких случаях проводили перевязку внутренних кровоточащих узлов, наружные геморроидальные узлы не удаляли. Преимущество данной операции заключается в минимальной кровопотере (3-5 мл).

В послеоперационном периоде продолжалась консервативная кровезамещающая терапия, лечение препаратами железа, усиленное белковое питание, витаминотерапия. Постельный режим длился 2-3 дня. Первый стул, как правило, бывает на 3-4 день после операции.

У наших больных послеоперационный период протекал гладко, осложнений не было. После отторжения перевязанных узлов, при хорошем заживлении ран, нормализации стула, стабилизации уровня гемоглобина больные выписывались на 8-10 день после операции.

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 53 (79,1%) больных в сроки от 1 года до 5 лет. Выделение крови из анального канала в незначительном количестве только при затрудненной дефекации отмечали 2 пациента. Обоим пациентам проведена регуляция стула и местное лечение.

Заключение. Больным кровоточащим геморроем с выраженной анемией показано оперативное лечение в течение первых 12-24 часов с момента поступления. Перевязка внутренних кровоточащих геморроидальных узлов на фоне коррекции анемии сопровождается хорошими ближайшими отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С.В. и др. Современные возможности профилактики и лечения геморроя в дородовом и раннем послеродовом периоде // Колопроктология. 2016. №3. С. 13-17.
2. Родоман Г.В. и др. Выбор комбинированного малоинвазивного лечения // Колопроктология. 2016. №2. С. 12-16.
3. Эктов В.Н. и др. Совершенствование методологии миниинвазивных способов лечения хронического геморроя // Колопроктология. 2017. №2. С. 68-74.

Кодири Т.Р., Кодири Х.Т., Сайдуллоев Л.С.

МОКСИФЛОКСАЦИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОРСЗ РТ
Андрологическое отделение СОКБ

Актуальность. В последнее время много внимания уделяется хроническому простатиту – заболеванию, имеющему и медицинское, и социальное значение. Даже в случаях так называемого абактериального простатита (обнаружение в секрете простаты повышенного количества лейкоцитов при отсутствии роста микробной флоры) выясняется, что больные до этого получали не один курс антибактериальной терапии, что могло привести к трансформации микроорганизмов в другие формы [2]. Фактически этим больным практическими урологами также проводится антибактериальное лечение [3], учитывая рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU). По нашим наблюдениям, такое лечение бывает часто эффективным [1]. Эффективная стартовая антибиотикотерапия – это чрезвычайно важный фактор, от которого во многом зависит исход лечения и заболевания. Интерес представляют новые антибактериальные средства, появившиеся в РТ. К ним относится моксифлоксацин – новый фторхинолон с повышенной активностью против микроорганизмов как аэробных, так и анаэробных.

Цель исследования. Изучить эффективность препарата Моксипей (моксифлоксацин) в лечении хронического простатита в режиме монотерапии.

Материал и методы исследования. Проанализирован материал 84 больных хроническим простатитом в возрасте от 20 до 49 лет. Больные страдали от 1 до 6 лет. У 89,5% больных выявлена длительно текущая и рецидивирующая форма хронического простатита. Пациенты обращались после длительного малоэффективного амбулаторного лечения традиционными методами. Диагноз уточнялся на основании жалоб, анамнеза заболевания, лабораторных, ультразвуковых методов исследования. Все больные получали антибиотик фторхинолонового ряда моксипей (моксифлоксацин) внутрь по 1 таблетке (0,4 мг) 1 раз в сутки по утрам в течение 10 дней. Этот препарат тропен к тазовым органам, широкий спектр его действия покрывает весь перечень возбудителей хронического простатита. Тяжесть состояния больных не требовала парентерального введения препарата. В комплекс лечения включали также фитотерапию (простатический гель ректально), иммуномодуляторы, лечебную физкультуру и др. Через месяц больные являлись на контрольный осмотр.

Результаты и их обсуждение. После окончания курса лечения отмечено купирование болевого синдрома (уменьшение активности в 10 раз) и уменьшение дизурических явлений (в 10-11 раз). В лабораторных исследованиях секрета простаты важным является не только количество лейкоцитов (признак воспаления), но и количество лецитиновых зерен (показатель функциональной активности железы). К концу лечения выявлено улучшение показателей секрета простаты (уменьшение лейкоцитов в 6-7 раз и увеличение лецитиновых зерен в 2-2,5 раза). Нарушение ЭД поддавалось коррекции в меньшей степени, по сравнению с исходным, в 2 раза. При пальцевом ректальном исследовании отмечено улучшение консистенции простаты и участков уплотнения в железе, при УЗИ – уменьшение размеров простаты за счет снижения её отека и уменьшение остаточной мочи. Максимальная скорость мочеиспускания при урофлоуметрии увеличилась в 1,5 раза (от 19 мл/мин до 27 мл/мин). В результате лечения значительное улучшение получено у 89,3% (75 больных), улучшение – у 10,7% (9 больных). Следует отметить хорошую переносимость моксипея, только в одном случае наблюдались расстройства со стороны ЖКТ, которые прошли на 3 день без изменения дозировки препарата.

Заключение. При хроническом простатите, как бактериальной, так и абактериальной форм, оптимальным препаратом является моксифлоксацин в таблетированной форме (моксипей 0,4 г) в комплексе патогенетической терапии. Хорошо переносится больным, удобен в приеме (один раз в сутки), облегчает контроль лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадири Т.Р., Камолов А.И., Сайфуллоев К.У., Олимов Ф.Э., Назаркулов Ш.Х. Лечение хронического простатита вобэнзимом. /Матер. научно-практ. конфер. Согдийской клин. обл. б-цы. Худжанд, 2013. С.52-54

2. Коган М.И., Щангичев А.В., Краснов В.П. Спектр жирных кислот у больных с воспалительной формой синдрома хронической тазовой боли // Пленум Правления РОУ: материалы. Саратов, 2004. С. 240-240

3. Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита // Матер. Пленума Правления РОУ. Саратов, 2004. С. 289-315.

Кодири Т.Р., Сайдуллоев Л.С., Мамадрасулов Ш.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИКВИДАЦИИ ЭКСКРЕТОРНОЙ АНУРИИ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Урологическое отделение СОКБ

Актуальность. Острая транзиторная или необратимая утрата гомеостатических функций почек приводит к анурии [3] или, по-другому, острой почечной недостаточности (ОПН). Среди всех форм ОПН экскреторная или постренальная анурия, обусловленная обтурацией камнями лоханки или мочеточника, составляет 3-7% [1-3]. При этом своевременность оказанной экстренной помощи определяет исход заболевания [2].

Цель исследования. Изучить особенности методов ликвидации экскреторной анурии..

Материал и методы исследования. За последние 12 лет мы наблюдали 26 больных мочекаменной болезнью, осложненной экскреторной анурией. Больные находились в возрасте 19-63 лет. Мужчин было 17, женщин - 9. Причины анурии: двусторонняя обтурация мочеточника камнями – у 13, вклинившийся камень ЛМС – у 2. Камни мочеточника единственной врожденной почки обнаружены у 4, единственно оставшейся почки – у 3. У 2 больных были камни ЛМС единственно функционирующей почки, а у 2 больных – множественные и коралловидные камни лоханки и чашек почки с одной стороны и камень мочеточника - с другой.

Всем больным после сбора анамнеза и уточнения длительности анурии экстренно проводили общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, включая определение мочевины и креатинина, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек и верхних мочевых путей.

Результаты и их обсуждение. Длительность анурии составила у наблюдаемых больных от 22 часов до 8 суток. У 22 больных (84,6%) анурия наступила внезапно, у 1 отмечалось вначале уменьшение количества мочи, затем полное прекращение. «Перемежающаяся анурия» имелась у 3 больных (11,5%). Симптомы интоксикации нарастали в прямой связи с длительностью анурии. Жалобы были на головные боли, недомогание, тошноту и рвоту. У 12 больных выявлено повышение артериального давления, у 1 - острый пиелонефрит и у 4 – обострение хронического калькулезного пиелонефрита. Содержание мочевины и креатинина была повышено у всех больных. При анурии до суточной давности отмечалось незначительное повышение этих показателей. При 2-суточной анурии азотемия уже была значительной – мочевина крови равнялась 17-22 ммоль/л и креатинин крови - 0,21 – 0,38 ммоль/л. Если длительность анурии превышала 4-8 суток, уровень анемии был выраженным – мочевина достигала 38-40 ммоль/л, креатинин - 0,42 - 0,81 ммоль/л. У всех больных при поступлении выявлялась гидронефротическая трансформация почки 2-ой (73,1%), реже 3-ей степени.

Проводилась кратковременная предоперационная подготовка. Осуществлялась инфузионная терапия с учетом ЦВД, естественных перспираций, патологических потерь жидкости, позднее – результатов анализов крови. Инфузионные растворы, антиагреганты, кардиотропные средства, антибиотики и другие средства назначали в зависимости от тяжести состояния больного.

После окончания ускоренной подготовки в экстренном порядке проводились следующие оперативные пособия 22 больным (84,6%): одномоментная эндоскопическая уретеролитотрипсия с обеих сторон (4), одномоментная открытая уретеролитотомия с одной стороны и пиелолитотомия - с другой (3), уретеролитотрипсия эндоскопическая односторонняя со стентированием (11), открытая пиелолитотомия с пиелостомией (3), нефростомия открытая (1). Другим 4 больным в связи с тяжелым состоянием была предпринята катетеризация мочеточника с оставлением стента. После снижения азотемии 3 больным проведено оперативное вмешательство, у 1 камень отошел спонтанно.

Острая окклюзия мочевых путей камнями (постренальная анурия) является ситуацией, требующей срочного восстановления оттока мочи любыми из существующих возможностей конкретной клиники или отделения.

Заключение. Постренальная экскреторная анурия, обусловленная мочевыми камнями, требует оказания экстренной неотложной врачебной помощи, направленной на восстановление нарушенного оттока мочи из мочевых путей. Предпринимаемые операции должны быть с минимальной оперативной агрессией. У тяжелых больных неотложные мероприятия могут ограничиться катетеризацией мочеточника или стентированием мочевых путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирошников В.М. Урология. М., 2006. С.197-227.
2. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб, 2000.
3. Ханно Ф.М., Малкович С.Б., Вейн А.Дж. Руководство по клинической урологии / пер. с англ. М., 2006.

Кодири Т.Р., Сайдуллоев Л., Холов С.И., Камолов А И.

МИНИ-ДÓСТУПНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОСЗ РТ
Согдийсксая областная больница
Медико-санитарная часть ТАДаза, г. Турсунзаде

Актуальность. Традиционные широкие разрезы при оперативном удалении камней лоханки почки и мочеточника предоставляют оптимальные условия для литотомии, однако сопровождаются значительной операционной травмой, высокой частотой раневых осложнений, неудовлетворительными косметическими исходами [1, 2]. Внедрение эндохирургической и эндоурологической технологий обусловили дальнейшее развитие оперативной урологии. До настоящего времени остаются недостаточно изученными особенности применения малоинвазивной хирургии в урологии.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при мочекаменной болезни путем использования оперативных мини-доступов.

Материал и методы исследования. Мы располагаем опытом хирургического лечения мочекаменной болезни из мини-доступов 42 больных. Возраст больных колебался от 18 до 56 лет. Мужчин было 28, женщин – 14. Больным для уточнения диагноза, локализации камней и определения функции почек были проведены УЗ исследования, обзорная и экскреторная урография. Камни лоханки установлены у 4 больных, камни верхней трети мочеточника – у 6, средней трети – у 21, камни тазового отдела – у 10.

Для операций использовали комплект инструментов, производимых МК «САН» (Россия, Екатеринбург). У 32 больных операции производились до получениия нами эндоурологичесого оборудования, у 10 - в случае воздержания больных от других методов лечения.

Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным наркозом. Положение больного на здоровом боку с укладкой на валике. Разрезы кожи и подкожной клетчатки производили в поясничной или подвздошной областях с соответствующей стороны длиной 4,0-4,5 см, устанавливали кольцо и шарниры ранорасширителя, источник света, расширяли рану до необходимого размера, брюшину отодвигали медиально и удаляли камни. Интраоперационных осложнений не было. Кровопотеря минимальная. После выполнения необходимого объема вмешательства забрюшинное пространство дренировалось на 2-3 суток. Средняя продолжительность вмешательства 50 минут. Больных поднимали на следующий день, активизировали. Послеоперационных осложнений не было. Среднее число койко-дней составило 4.

Контрольную группу составили 24 больных, которым применяли традиционную открытую операцию. Средняя длительность операций – 80 минут. Число средних койко-дней составило 10.

Применение мини-доступа отличалось существенным снижением времени и травматичности вмешательства, быстрой активизацией больного в послеоперационном периоде, уменьшением медикаментозных затрат, отсутствием осложнений, сокращением сроков реабилитации

Заключение. Считаем оправданным поиск альтернативных экономически доступных методов лечения мочекаменной болезни в век новейших методов лечения, таких как дистанционная и эндоскопическая литотрипсии, являющихся достаточно дорогими. Снижение травматичности мини-доступных методов оперативного лечения при мочекаменной болезни, по сравнению с традиционными, облегчают послеоперационную реабилитацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М., 2009
2. Ранмаллингампа М., Пателла В. Атлас лапароскопических и реконструктивных операций в урологии; пер. с англ. 2011. 543 с.

Косимов З.К., Азизов Х.А., Джураев А.Дж, Хакимов С.А.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В структуре больных с острой хирургической патологией брюшной полости в настоящее время острый панкреатит (ОП) занимает третье место, уступая лишь острому аппендициту и холециститу [1, 2]. Исследованиями последних лет подтверждено, что боль высокой интенсивности является фактором, препятствующим ранней послеоперационной активации пациентов и достоверно увеличивающим частоту послеоперационных осложнений. Традиционное обезболивание наркотическими аналгетиками оказывает весьма слабое влияние на стрессовые реакции после операции. Доказано, что назначение наркотических аналгетиков приводит к угнетению перистальтики и спазму сфинктеров желудочно-кишечного тракта [3]. Публикации последних лет показывают, что различные методики регионарной аналгезии обеспечивают эффективную антиноцицептивную и антистрессовую защиту, влияют на сроки восстановления функции органов и систем и, в конечном итоге, на течение и прогноз заболевания [1].

Цель исследования. Сравнительная оценка адекватности послеоперационного обезболивания промедолом внутримышечно и лидокаином эпидурально.

Материал и методы исследования. В исследование включено 42 больных в возрасте от 32 до 69 лет, оперированных с различными формами острого панкреатита. В зависимости от методики послеоперационного обезболивания больные были распределены на две группы: 1 - 22 пациента, которым проводили послеоперационное обезболивание наркотическим аналгетиком промедолом внутримышечно; 2 – 20, послеоперационное обезболивание осуществлялось за счет введения в эпидуральное пространство 2% раствора лидокаина. Больные были сравнимы по возрасту, тяжести патологии и степени операционно-анестезиологического риска. Промедол вводили по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов.

Пункция и катетеризация эпидурального пространства выполнялись по стандартной методике Туохи катетером 16G на уровне Th7-8, катетер проводился краниально на 3 см. Доза вводимого анестетика определялась необходимостью блокады 7-8 сегментов спинного мозга (Th_{5-12}) из расчёта 1,2-2,0 мл/сегм. Использовали 6-10мл 2% раствора лидокаина. Лидокаин вводился в эпидуральное пространство через каждые 4 часа. Контролировали АДсист, АДдиаст, АДсредн, частоту пульса, частоту сердечных сокращений, сатурацию кислорода, центральное венозное давление.

Эффективность аналгезии оценивалась по вербальной шкале. Учитывались физическая активность пациентов, сроки восстановления перистальтики.

Результаты и их обсуждение. У больных первой группы, которым послеоперационное обезболивание проведено промедолом, доза последнего составила 1,14 мг/кг в сутки. Суточная доза лидокаина, применённого эпидурально, составила от 9,1 мг/кг до 17,1 мг/кг. При оценке адекватности аналгезии в первой группе выяснилось, что в первые сутки сильную боль отмечали 4 пациента (18,1%), умеренную - 16 (72,8%), слабую – 2 (9,1%) и боли нет – 0 (0%); на вторые сутки сильная боль сохранилось у 3 (13,6%), умеренная - у 14 (63,6%), слабая - у 4 (18,1%) и боли нет - у 1 (4,5%); на третьи сутки сильная боль имелась у 1 (4,5%), умеренная - у 12 (54,5%), слабая - у 7 (31,8%) и боли нет - у 2 (9,0%). Больные были недостаточно активными. У 21 пациента (95,4%) в первые сутки отсутствовала перистальтика кишечника, на третье сутки отсутствие перистальтики сохранялось у 7 больных (31,8%). Вялая перистальтика в первые сутки была у 1 (4,5%), на вторые - у 2 (9%) и на третьи - у 14 (63,6%) пациентов. Активная перистальтика не отмечалась ни у одного больного на третьи сутки. Парез желудочно-кишечного тракта начинал разрешаться с 4-х сутки.

Лидокаин во второй группе использовался в суточной дозе от 10,2 мг/кг до 17,1 мг/кг массы тела. Сильную боль в первые сутки больные не отмечали. Боль появлялась при интенсивных движениях и при пальпации операционной раны. Умеренная боль была у 5 (25%), слабая - у 7 (35%) и боли нет - у 8 (40%). На вторые сутки умеренная боль сохранялась у 4 (20%), слабая - у 6 (30%) и боли нет - у 10 (50%). На третьи сутки умеренную боль ощущали 2 (10%), слабую - 5 (25%) и боли нет – 13 (65%) пациентов. Во второй группе пациентов отмечено более активное поведение. Отсутствие перистальтики отмечено в первые

сутки у 2 пациентов (10%), на вторые - у 1 (5%). На третье сутки у всех больных выслушивались перистальтические шумы. Вялая перистальтика в первые сутки была у 17(85%), на вторые - у 7(35%) и на третьи - у 2 (10%). Активной перистальтики в первые сутки не было, на вторые сутки была у 11 (55%), на третьи - у 16 (80%) пациентов.

У подавляющего большинства больных второй группы уже в первые сутки отмечено наличие перистальтических шумов.

Заключение. Эпидуральная анальгезия позволяет адекватно купировать болевой синдром при остром панкреатите, активировать перистальтику кишечника. Позволяет в ранние сроки ликвидировать парез кишечника и активизировать больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мидленко В.И., Лонская С.К., Зайцев А.В., Маракаев Д.Х. Применение регионарной аналгезии в лечении острого панкреатита у больных пожилого и старческого возраста // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2012. № 1 (21). С. 61–68.
2. Соколенко Г.В. Эпидуральная аналгезия в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №3. С. 109-111.
3. Сумин С.А., Руденко М.В., Бородинов И.М. Анестезиология и реаниматология: учебное пособие. М.: Тверский полиграфкомбинат детской литературы, 2010. Т. 1. 928 с.

Курбанов У.А., Махмудов И.Х., Джанобилова С.М., Холов Ш.И., Дадажонов Ж.Ю.

СЕПТОПЛАСТИКА ПРИ ИСКРИВЛЕНИЯХ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА (ПО МАТЕРИАЛАМ ДАНГАРИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Хатлонский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница Дангаринского района

Актуальность. По данным доступной литературы, искривление перегородки носа (ИПН) встречается у 22-96% в популяции [5]. При этом нарушение респираторной функции носа имеется в 14-27% случаев [2]. По данным Ansu Sam с соавт., ИПН в 67% случаях сочетается с деформацией наружного носа (ДНН) [3].

Классическим способом хирургического лечения ИПН является подслизистая резекция перегородки носа по Киллиану, который в последнее время используется всё реже и реже. Более современным способом лечения является септопластика и септоринопластика, основной целью которых является одновременное улучшение формы и функции носа [1].

Цель исследования. Улучшение результатов септопластики и септоринопластики.

Материал и методы исследования. Начиная с февраля 2016 года, в условиях Республиканской клинической больницы, расположенной в Дангаринском районе, впервые в клиническую практику внедрены различные виды реконструктивно-пластических операций. В течение двух лет выполнены более 500 операций (больше 40 разновидностей оперативных вмешательств). В том числе 201 больному была выполнена септопластика по поводу ИПН, без или в сочетании с ДНН.

Возраст больных колебался от 10 до 58 лет (в среднем 22,4). Из них мужчин было 133 (66,2%), женщин - 68 (33,8%). Из общего числа обратившихся больных 172 (85,6%) были из Хатлонской области, 20 (9,9%) - из г. Душанбе, 6 (3%) - из Согдийской области и 3 (1,5%) - из районов республиканского подчинения.

Диагноз ИПН был выставлен на основании жалоб, анамнеза и объективных методов исследования, включая компьютерную томографию, которая производилась всем больным.

Изолированные ИПН без видимых ДНН были выявлены только у 46 пациентов (22,9%). В остальных 155 случаях (77,1%) ИПН сочеталось с ДНН. По данным компьютерной томографии и интраоперационным находкам ИПН, согласно классификации R.Mladina соответствовали: III типу – 95 (47,3%), II типу – 60 (29,9%), II-III типам одновременно – 18 (9%), IV типу – 13 (6,5%), I типу – 10 (5%), V типу – 3 (1,5%) и VI типу - 2 (1%).

Для определения типа ДНН у 155 больных нами была использована классификация Yong Jo Jang's [4], результаты которой соответствовали следующим типам искривления: I типу – 55 (35,5%), V типу – 38 (24,5%), III типу – 29 (18,7%), II типу – 22 (14,2%) и IV типу – 11 (7,1%).

По данным КТ с 3D-моделированием, в костной части перегородки носа у 193 пациентов (96%) были определены изменения в виде искривления crista nasalis os maxillaris (CNOM) с переходом на патологический гребень. Также у 110 (55,2%) больных наряду с искривлением CNOM и наличием гребня присутствовал костный шип.

Оперативное вмешательство всем больным производилось под общим эндотрахеальным наркозом. Предпочтение давалось открытому доступу. Таким образом, септопластика и септоринопластика в 186 случаях (92,5%) выполнялась открытым доступом. Только у 15 пациентов (7,5%) искривления носовой перегородки были исправлены закрытым эндоназальным доступом.

В том числе 19 пациентам наряду с септопластикой были выполнены редукционная ринопластика по поводу большого носа (10) и высокого длинного носа (9).

В 119 случаях в ходе выполнения септопластики с целью устранения гингивиальной улыбки (gummy smile) одновременно было произведено пересечение musculus depressor septi nasi у места прикрепления.

Из общего количества оперированных больных в 9 случаях (4,5%) были выполнены повторные оперативные вмешательства на носу и его перегородках. Этим больным ранее в условиях ЛОР-клиник г. Душанбе и других ЦРБ проводились операции на перегородке (способом Киллиана) и спинке носа. Четверо больных ранее дважды подвергались оперативному лечению. У всех пациентов имели место остаточные или вторичные (после операции) ДНН и ДНП. Пациенты жаловались на неудовлетворённость от ранее проведённой операции.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационное течение у 200 больных было гладким. Заживление ран у всех происходило с первичным натяжением. Осложнение в раннем послеоперационном периоде отмечено только у одного больного, у которого сформировался гнойник по боковой поверхности носа, который был вскрыт и дренирован. Данное осложнение не повлияло на конечный результат. Отдалённые результаты были прослежены у всех оперированных больных в сроках от 6 месяцев до 2,5 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 200 (99,5%) случаях. Неудовлетворительным результат был у одного (0,5%) пациента, у которого имелись остаточная ДНН и некоторые затруднения дыхания.

Заключение. ИПН, по нашим данным, в 77,1% случаях сочетаются с ДНН различной формы и степени выраженности. Данное обстоятельство диктует необходимость одновременного устранения ИПН и ДНН, что становится возможным только проведением септоринопластики. Предпочтение при выполнении септоринопластики необходимо отдавать открытому доступу. Правильный выбор тактических и технических моментов, а также применение прецизионной техники и оптического увеличения позволяют значительно улучшить результаты септопластики и септоринопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маманов М.А. Подход к перегородке носа в септоринопластике // Вестник КРСУ. 2014. Т. 14, № 10. С. 152-154.

2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР, 2013. С. 47-54.

3. Ansu Sam, Deshmukh Prsad T., Patil C. et al. Nasal Septal Deviation and External Nasal Deformity: A Correlative Study of 100 Cases // Indian Journal Otolaryngoly Head Neck Surgery. 2012. Vol. 64. P. 312–318.

4. Jang J.Y., Wang J.H., Lee B.J. Classification of the deviated nose and its treatment // Arch Otolaryngoly Head Neck Surgery. 2008. Vol. 134, No. 3. P. 311–315.

5. Teul I., W. Zbislawski W., S. Baran S. et al. Deformation of the nasal septum in children, adolescents, and adults in Western Pomerania Province of Poland // European Journal of Medical Research. 2009. Vol. 14, No. 4. P. 244-247.

Курбанов У.А., Саидов И.С., Давлатов А.А., Джанобилова С.М.

ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА «BUTTERFLY» ПРИ УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ШЕИ

ГУ РНЦССХ МЗиСЗН РТ
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. Послеожоговые рубцовые деформации и контрактуры шеи, по данным авторов, составляют от 4% до 33,9% всех послеожоговых контрактур [1-3]. Для их хирургического лечения используются самые различные способы оперативных вмешательств, начиная от Z-пластики и кончая свободной микрохирургической пересадкой кожно-фасциальных лоскутов [4, 5]. Несмотря на многочисленные способы хирургического устранения послеожоговых контрактур шеи, их результаты не удовлетворяют хирургов и пациентов. Актуальность проблемы хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур шеи определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и определёнными трудностями при выборе оптимального способа устранения деформации в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Изучить эффективность применения способа «Butterfly» при устранении послеожоговых стягивающих рубцов шеи.

Материал и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения 15 больных с послеожоговым стягивающим рубцом шеи, прооперированных в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, за последние 15 лет, в возрасте от 7 до 35 лет. Преимущественное большинство (11 больных – 73,3%) составили лица мужского пола. Женщин всего было 4. Давность получения ожога составила от 1 года до 16 лет. Причиной получения ожога шеи в 7 случаях (46,7%) был кипяток, в 4 случаях (26,6%) - раскалённое масло, в 3 случаях (20,0%) - пламя и в 1 случае (6,7%) - раскалённая печь. Площадь рубцов шеи составила от 20 см² до 350 см².

Всем больным стягивающие рубцы шеи устранены хирургическим способом. Оперативное вмешательство во всех случаях выполняли по стандартной схеме «Butterfly». Данная схема состоит из 4-х лоскутов: первый – основной, второй - пассивный и два боковых активных треугольных лоскута. Основной лоскут схемы, по возможности, располагали на стороне от рубцового гребня, где ткани более эластичны. Треугольные же лоскуты выкраивали со стороны рубцово-изменённой кожи. При этом пассивный треугольный лоскут маркировали с учётом допустимо максимальной резекции грубых рубцов.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период в 13 (86,7%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые кожно-фасциальные лоскуты прижились. В 2 случаях отмечалось осложнение в виде краевого некроза перемещённых треугольных лоскутов, что не оказывало влияние на результаты лечения. Начиная со 2-3 недели после операции, проводили активную и пассивную разработку движений шеи.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 15 лет изучены нами у всех оперированных больных. У всех достигнуто устранение дефицита тканей по ходу продольной оси шеи, значительное улучшение эстетического состояния тканей передно-боковой поверхности шеи и восстановление объёма движений в шее.

Заключение. Таким образом, для устранения стягивающих рубцов шеи с одним или двумя рубцовыми гребнями применение способа «Butterfly», по результатам нашего исследования, оказался достаточно оптимальным, поскольку при этом, кроме устранения линии стягивания, он также способствует резекции наиболее грубой части рубцов, что имеет большое значение не только в функциональном, но и в эстетическом отношении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афоничев К.А., Филиппова О.В. Диспансерное наблюдение детей, перенёсших ожоги // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2015. Т. II, Вып. 1. С. 32–37.

2. Сарыгин П.В., Мороз В.Ю., Юденич А.А. Местнопластические операции в лечении послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур шеи // Хирургия. 2005. № 10. С. 35–39.

3. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных. М.: Москва, 1986. 368 с.

4. Юденич В.В. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей в лечении послеожоговых деформаций, контрактур шеи и конечностей // Хирургия. 1997. № 4. С. 59–63.

5. Strauch B., Yu H.L. Atlas of microvascular surgery: anatomy and operative technique. Thieme, 2006. 2nd ed. 686 p.

Мавлянова З.Р., Холматов И.Б.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕЗАПНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

Курс оториноларингологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Проблема патогенеза тугоухости на почве различных травм все ещё остается сложной задачей, хотя имеются научные разработки [1, 2, 3, 4, 5, 6].

В последние годы среди населения Таджикистана отмечается значительный рост тугоухости, обусловленной поражением слуха и увеличение случаев бытовых травм уха. Это в полной мере относится к вопросам тугоухости травматической этиологии и методов их реабилитации [2, 3, 5, 6, 7, 8].

Среди заболеваний ЛОР - органов травматическая тугоухость занимает особое место, так как возникающая при этом прогрессирующая тугоухость глубоко затрагивает эмоциональную сферу больных, приводит к ограничению трудовой и общественной деятельности вследствие не только снижения слуха, но и вестибулярных расстройств [5, 6, 7, 8].

В доступной нам литературе мы не встретили достаточных сведений, касающихся хирургического лечения тугоухости травматической этиологии и методов их реабилитации.

Актуальность выбранной темы обусловлена наличием большого числа больных, страдающих тугоухостью и вестибулярными расстройствами после перенесенной баротравмы среднего и внутреннего уха, отсутствием четких аудиологических и вестибулометрических методов исследования и осуществления приемлемых хирургических методов лечения.

Наиболее приемлемым вариантом хирургического лечения является восстановление звукопроводящей системы уха с использованием аутохряща и фасции височной мышцы.

Цель исследования. Обоснование динамического алгоритма для выявления раннего вовлечения в патологический процесс сенсорного эпителия внутреннего уха, а также оценка визуальных, аудиологических и вестибулометрических показателей в результате пластики, изучение эффективности использования трансплантация материалов для замещения барабанной перепонки и дефектов цепи слуховых косточек.

Материал и методы исследования. За период 2007-2012 гг. в ЛОР–клинике Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров на базе Согдийской областной клинической больницы под наблюдением находились 365 больных, в анамнезе которых имелись конкретные указания на механическую баротравму с повреждением тимпанолабиринтной области, которым была произведена тимпанопластика. Давность заболевания составляла до 5 дней. Мужчин было 113, женщин – 252, возраст больных колебался в пределах 16-50 лет.

Для диагностики травмы среднего и внутреннего уха использован метод отомикроскопии, который дает возможность диагностики локализации травмы повреждения барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, а также выявления повреждений вторичной мембраны, основания стремени и последующей их ликвидации.

При тональной пороговой аудиометрии имеет диагностическое значения уровень костной проводимости. Если он составляет 20 дБ, это указывает на нормальное состояние рецепторов внутреннего уха; при костной проводимости, когда уровень находился до 30 дБ, имеется повреждение элементов среднего и внутреннего уха; при костной проводимости до 40 дБ - поражения рецепторов слухового и вестибулярного анализаторов. Подтверждением этого являются проведенные нами исследования ультразвуковой аудиометрии и определение речевой аудиометрии, разборчивости речи и данные пороговой и надпороговой аудиометрии. У больных с кондуктивной тугоухостью определялась 100% разборчивость речи и нормальная ультразвуковая аудиометрия. При смешанной тугоухости порог восприятия повышается в два раза, в сравнении с нормой, разборчивости речи - 80%. При повреждениях лабиринта у некоторых определяется нисходящая кривая с незначительной или отсутствием костно-воздушного интервала, восприятие ультразвука определяется до 10 V и нарушается разборчивость речи от 70% до 80%.

Исследование вестибулярной функции начинали с выявления жалоб больного, состояние статики (устойчивость в обычной сенсибилизированной позе Ромберга, походка с открытыми и закрытыми глазами, фланговая походка). Спонтанный и позиционный нистагм и фистульный

симптом регистрировали визуально, в очках Френцеля и при графической регистрации на электронистагмографе по общепринятым методикам.

Состояние динамического равновесия определяли фланговой походкой, "шагающим" и "пишущим" тестом Фукуда (1959). Статическое равновесие определяли методом кефалографии.

Калорическая стимуляция у лиц с внезапной тугоухостью травматической этиологии не проведена из-за наличия разрыва барабанной перепонки.

При вращательной пробе выявлены более высокие показатели, что свидетельствует о повышение возбудимости лабиринта.

Анализ результатов исследований функции вестибулярного анализатора у лиц с внезапной тугоухостью травматической этиологии показал, что для данных лиц характерна гиперрефлексия лабиринта, на что указывают показатели спонтанной вестибулометрии, вращательной стимуляции: чем глубже повреждение структур уха, тем глубина вестибулярной реакции повышена, о чем свидетельствует результаты исследований.

Методы реабилитации. Среди обследованных у 65 (17,8%) с травматическим мирингитом проведено консервативное лечение. У 21 (5,8%) пациента с баротравмой и разрывом барабанной перепонки произведена реконструкции цепи слуховых косточек из кортикальной кости и аутохряща. У 150 (41,1%) больных имелась сочетанная травма с тотальным дефектом барабанной перепонки и повреждением слуховых косточек, произведена тимпанопластика по Вулыптейну с использованием трансплантатов из фасции височной мышцы, надкостницы височной кости, кожи слухового прохода из задней ушной области. У 129 (35,3%) больных были обнаружены фистулы лабиринтных окон, закрытие фистул лабиринтных окон. Всем больным произведена тимпанопластика и одномоментная мирингопластика улиткового лабиринта.

Результаты и их обсуждение. Наши исследования, проведённые в течение более 5 лет, и анализ первичных операций за этот период показывают четкий положительный эффект после пластики, связанный с морфологическим состоянием среднего уха, используемым биологическим материалом и опытом хирурга.

Определённые успехи достигнуты в реконструктивной хирургии сухих дефектов барабанной перепонки. Одноэтапная тимпанопластика у больных с травматическим средним отитом позволяет улучшить слух в 80% случаев, что зависит, прежде всего, от размеров дефекта барабанной перепонки, тубарной функции, состояния слизистой оболочки среднего уха и целостности слуховых косточек.

При субтотальных дефектах барабанной перепонки тимпанопластика с применением опорных гомохрящевых пластинок и фасции височной мышцы, по нашим данным, способствует ликвидации тугоухости.

Более приемлемым материалом для формирования барабанной перепонки служит фасция височной мышцы, а для реконструкции цепи слуховых косточек - хрящевая или костная ткань, взятая у самого больного.

Отдаленные результаты тимпанопластики за период от 1 года до 5 лет оценивали по трем показателям. Во-первых, учитывали анатомо-морфологический результат операций, который оценивали по степени приживления трансплантата барабанной перепонки и восстановления ее целостности и подвижности, а также проходимость слуховой трубы. Во-вторых, оценивали функциональный результат, то есть степень улучшения слуха по данным тональной пороговой аудиометрии. В-третьих, восстановление функций вестибулярного анализатора по данным всех исследуемых тестов вестибулометрии.

Заключение. Критерием успешности операции при травматическом среднем отите является закрытие дефекта барабанной перепонки и улитковой мембраны, улучшение слуха - по данным тональной и пороговой аудиометрии, величина костно-воздушного интервала и восстановление функции вестибулярного анализатора. Пользуясь перечисленными критериями, установлено, что удовлетворительный результат при тимпанопластике получен у 85,4% больных. Хорошие результаты получены при использовании фасции височной мышцы, аутохряща из носовой перегородки для замещения дефекта барабанной перепонки и цепи слуховых косточек.

Таким образом, данный вопрос, посвященный проблеме восстановительной микрохирургии при травмах уха, остается актуальной проблемой, которая требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бободжанов У.Б. Клинико-аудиологическая характеристика острого травматического среднего отита с разрывом барабанной перепонки: автореферат дис. …канд. мед. наук Душанбе., 1996.

2. Жилинский А.В. состояние микроциркуляции внутреннего уха у больных нейросенсорный тугоухости после миновзрывной травмы: дисс.. канд. мед. наук. СПб., 1995. С. 14-16.

3. Патякина О.К., Токарев О.П., Сидорина Н.Г. Акустические характеристики резонанса после общеполостной операции на ухе и использование их при вариантах реконструктивных операций // Вестн. оторинолар. 2001. № 2. С. 17-19.

4. Холматов И.Б. Консервированная твердая мозговая оболочка в хирургии хронического гнойного среднего отита

// Выездной пленум Научного совета по оториноларингологии АМН СССР и проблемной Комиссии «Физиол. и патологии слуха у взрослых и детей ». Ташкент, 1984.

5. Холматов И.Б. Эффективность рестрав. Микрохирургии при хроническом среднем отите // Мат. IX съезда оториноларингологов СССР. Кишинёв, 1988. С. 303-304.

6. Холматов И.Б. Одномоментная тимпанопластика в реабилитация детей, больных хроническом гнойным средним отитом // Научно – практическая конференция хирургов Ленинабадской области. Нау, 1999. С. 44-46

7. Холматов И.Б. Мастоидопластика с применением аутоаллотрансплантатов у детей // Науч. проект. конф. ТИППМК: «Региональные патологии часто встречающихся заболеваний человека». Душанбе, 2002. С .228-229

8. Maan W.J. // Респуб. Научно- прак. Конф.: «Актуальные проблемы детской оториноларингологии». Ташкент, 2006. С. 234.

Махмудов Д.Т., Ашуров Г.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЫЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Эпидемиологические исследования широко распространенных болезней, в том числе кариеса зубов, являются важнейшим инструментом не только определения ситуации, но и обоснованного планирования, реализации и оценки качества лечебно-профилактической помощи населению [2, 3]. Анализ современных источников показал, что исследователи, изучая состояния твердых тканей зубов, не учитывают такую важную характеристику кариелогического статуса, как уровень качественных показателей санации полости рта [1].

Цель исследования. Совершенствование основополагающих принципов санации полости рта в зависимости от уровня привычной двигательной активности стоматологических пациентов.

Материал и методы исследования. Проанализирован опыт санации полости рта у 783 пациентов 20-60 лет, в том числе 411 мужчин и 372 женщин с высоким (247 человек), средним (282 человек) и низким (254 человек) уровнями привычной двигательной активности.

Клиническое исследование состояло из двух этапов. На первом этапе путем осмотра полости рта выявляли дефекты санации полости рта. На втором этапе исследования путем выборочного контроля оценили качественные показатели выполненной санации полости рта в зависимости от уровня привычной двигательной активности.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре из общего количества обследованных пациентов с высоким уровнем привычной двигательной активности, находившихся на амбулаторном лечении, 228 (92,31%) нуждались в лечении кариеса зубов и его осложнений. Показатель нуждаемости в кариелогической помощи у лиц со средним и низким уровнями двигательной активности составил соответственно 269 (95,39%) и 253 (99,61%).

Количественные показатели санации полости рта у стоматологических пациентов с различным уровнем привычной двигательной активности свидетельствуют о том, что из 315 выявленных кариозных полостей при первичном осмотре у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности в отдаленные сроки наблюдения число запломбированных зубов составило 86,67%, число запломбированных полостей в связи с осложнениями кариеса (элемент Р) - 9,84%. У лиц со средним уровнем двигательной активности величина исследуемых показателей составила соответственно 80,55%, 14,39% при усредненном значении 66,76% и 21,28% стоматологических пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности.

У лиц с высоким, средним и низким уровнями двигательной активности за время реализации активной санации число запломбированных кариозных полостей соответствовало 96,51%, 94,94% и 88,05%. Доля удаленных зубов от общего числа подлежащих удалению по результатам первичного осмотра выросла с 52,17% у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности до 91,11% при высоком уровне активности.

У лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности после лечения кариеса зубов постпломбировочные осложнения отмечались в 3,6% наблюдений, у лиц со средним уровнем – в 7,12%, у лиц с низким уровнем – в 13,5%. Что касается характера кариелогических осложнений у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности, то в 12,6% наблюдений отмечалось выпадение пломбы, 2,65% пришлось на появление новых кариозных полостей, частота выявления дефектов пломб (нарушение краевого прилегания и анатомической формы пломб) составила 5,47%, частота удаления зубов – 0,33%. У лиц со средним уровнем двигательной активностью выпадение пломбы отмечалось в 13,2% случаев, появление новых кариозных полостей – в 5,14%, нарушение краевого прилегания и анатомической формы пломб – в 1,12% при соответствующих значениях 17,7%, 9,02% и 3,33% у стоматологических пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности.

Исходя из полученных данных, мы разработали индивидуализированную тактику лечения кариеса зубов среди обследованного контингента больных с разным уровнем привычной двигательной активности, которая позволила нам получить через 3 года в 98,12% наблюдений хорошие и удовлетворительные результаты санации полости рта у стоматологических пациентов с высоким уровнем привычной двигательной активности, в 95,09% случаев – у лиц со средним и в 91,11% случаев – у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности.

Заключение. Таким образом, разработанные нами принципы санации полости рта в зависимости от привычной двигательной активности стоматологических пациентов позволили повысить качество лечения кариеса зубов и его осложнений. Для получения хороших результатов санации полости рта у стоматологических пациентов с разным уровнем двигательной активности необходимо использовать комплексный подход с участием всех работников соответствующих учреждений, современные методы лечения стоматологических заболеваний и адекватное обезболивание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кевлова Е.В., Иорданишвили А.К., Зайцев В.В. Оптимизация санации полости рта у аттестованных сотрудников министерства внутренних дел // Инновационные технологии в стоматологии. Омск, 2017. С. 204-207.

2. Ryge G. Clinical criteria in dentistry // Int Dent J. 2005. Vol. 30, N 4. P. 347-358.

3. Telles M.T., Gray S.L., Lim S., Ismail A.I. Sealants and dental caries // JADA. 2011. Vol. 142, N 9. P. 1033-1040.

Махмудов Д.Т., Гурезов М.Р.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ КОНСТИТУЦИИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Кариес зубов и болезни пародонта остаются наиболее распространенным заболеваниям в экономически развитых странах. В условиях Республики Таджикистан распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта также достаточно высока и достигает от 92,6% до стопроцентного значения. При этом опыт, накопленный в последние годы, показывает, что нарастание патологии органов и тканей полости рта остановить только проведением лечебных мероприятий невозможно [3, 4].

Обобщая имеющиеся сведения о влиянии ограничения двигательной активности на обменные процессы в организме и структуру костной ткани, можно сделать заключение, что гиподинамия и гипокинезия вызывают существенные изменения как во всей опорно-двигательной системе, так и в зубочелюстной. Данные изменения характеризуются снижением минеральной насыщенности костной ткани, деструктивными процессами в тканях зубов и пародонта, изменением состава и свойства слюны [1, 2].

В связи с этим установление взаимосвязей распространенности и интенсивности кариеса зубов, а также заболеваний пародонта, как наиболее распространенной патологии зубочелюстной системы, а также уровня привычной двигательной активности может существенно способствовать разработке рекомендаций по прогнозу и профилактике данного заболевания.

Цель исследования. Изучение показателей стоматологического статуса у лиц различных функциональных типов конституции.

Материал и методы исследования. У 291 пациента в возрасте 20-50 лет с различной выраженностью кариеса и заболеваний пародонта были изучены индивидуальные различия потребности в движении (146 чел. с низкой и 145 чел. - с высокой привычной двигательной активностью), определен кариелогический и пародонтологический статусы (оценка КПУз, КПУп, анализ дентальных рисунков и одонтопародонтограмм и определения степени поражения пародонта), выявлена степень напряжения регуляторных механизмов (частота сердечных сокращений, уровень артериального давления, функциональная активность нервно-мышечного аппарата кистей рук).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных пациентов установлена обратная зависимость между уровнем привычной двигательной активности, распространенностью и интенсивностью кариеса зубов. Так, у лиц с низкой привычной двигательной активностью усредненное значение распространенности кариеса зубов составило 99,3±3,6% против исследуемого показателя у лиц с высокой привычной двигательной активностью (85,7±2,8%). Отрицательная разница данного показателя между группами составила 13,7%. Аналогичная тенденция выявлена при изучении интенсивности кариеса зубов среди обследованных I и II групп (соответственно 8,0±0,28 и 4,60±0,19 единиц пораженных зубов на одного обследованного пациента при отрицательной разнице 42,5%).

У лиц с низким уровнем двигательной активности общая распространенность заболеваний пародонта составила 99,9±1,5% при минимальном ее значении среди обследованных с высоким уровнем привычной двигательной активности (75,0±3,6%). Отрицательная разница при изучении распространенности заболеваний пародонта между группами составила 24,9%, что свидетельствует о благоприятном состоянии околозубных тканей у лиц с высокой привычной двигательной активностью. О правомерности подобных утверждений свидетельствуют и полученные нами данные относительно интенсивности данной патологии у лиц с различным уровнем двигательной активности. Так, частота интенсивности болезни пародонта в среднем составила 6,0±0,12 пораженного сегмента при низком уровне двигательной активности, составляя 4,5±0,07 сегмента у лиц с высокой привычной двигательной активностью. Оценка итоговых показателей свидетельствует о чрезвычайно высоком уровне распространенности и интенсивности данной патологии у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности.

Заключение. Таким образом, установление устойчивости зубов и тканей пародонта к патологическим изменениям у лиц различных функциональных возможностей дает объективную основу для разработки оздоровительных программ, способствующих повышению общей резистентности организма, с целью улучшения состояния органов и тканей полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании разных кардиографических систем // Вестник аритмологии. 2011. № 24. С. 65-86.

2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. М.:Мед. Информ. агентство, 2009. 752 с.

3. Исмоилов А.А., Тураев Н.Г., Ёраков Ф.М. Результаты эндодонтического лечения зубов у больных с соматической патологией в зависимости от техники препарирования и обтурации корневых каналов // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК. Душанбе, 2012. № 3. С. 130-131.

4. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2016. 415с.

[1]Мирзоев М.Ш., [2]Шакиров М.Н., [1]Хушвахтов Д.И., [1]Сафаров С.А., [1]Гафаров Х.О.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНО-ДЕФОРМИРУЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА

[1]Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СибГМУ РФ

Актуальность. Восстановление анатомической и функциональной целостности нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) при переломах мыщелкового отростка и

суставной головки, дефектах, деформациях, вторично-деформирующих остеоартрозах (ВДОА) и анкилозах является сложной проблемой черепно-челюстно-лицевой хирургии [1].

В настоящее время в клинической практике все более широкое применение находит эндопротезирование нижней челюсти и ВНЧС. По мере накопления опыта по эндопротезированию нижней челюсти выявился ряд серьезных недостатков, к которым, прежде всего, следует отнести нестабильное соединение эндопротеза с костью реципиента, прорезывание его через мягкие ткани, переломы [2].

Важным условием для успешного эндопротезирования является наличие не только биохимической, но и биомеханической совместимости имплантата с тканями организма, которым обладает новый класс материалов на основе никелида титана [3]. Результатом использования этих материалов для эндопротезирования ВНЧС и нижней челюсти посвящены единичные работы, основанные на отдельных клинических примерах, что послужило поводом для изучения нами этой проблемы.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с повреждениями височно-нижнечелюстного сустава путем использования материалов из никелида титана.

Материал и методы исследования. Исследование основано на клиническом наблюдении 12 больных с различными патологиями височно-нижнечелюстного сустава, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистана за период 2010-2017 гг., в возрасте от 17 до 40 лет. Из общего количества обследуемых у 6 больных был диагностирован вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС.

Всем больным проведены клинико-лабораторное, микробиологические исследования по стандартной схеме.

Для определения размеров, формы и локализации патологического очага произведена цифровая ортопантомография, а также мультиспиральная компьютерная томография по шкале Хаунсфильда с целью изучения плотности костных структур в зоне поражения.

Хирургические вмешательства осуществлялись под общим обезболиванием с интубацией трахеи. Интубация проведена через предварительно наложенную нижнюю трахеостому. Перед извлечением остеотомированного фрагмента от последнего отсекали латеральную крыловидную мышцу, предварительно прошив ее в целях использования лигатуры в последующем как проводника. При необходимости формировали суставную впадину с изоляцией костной раневой поверхности тканевым имплантатом из никелида титана толщиной 40-60 мкм и размером ячейки менее 240 мкм. Эндопротез из пористого никелида титана устанавливали в подготовленное ложе в оптимальную подвисочную позицию головкой в сторону суставной впадины, фиксировали к декортицированной части наружной поверхности ветви нижней челюсти с помощью фиксирующих устройств из никелида титана, обладающих эффектом памяти формы или танталовой проволокой.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период протекал благоприятно у всех больных, особых нарушений и осложнений не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде отмечалась незначительная воспалительная реакция в зоне вмешательства, которая ликвидировалась к 8-10 суткам, заживление ран первичное. К 12-18 суткам движения нижней челюсти восстанавливались, спустя 1-1,5 месяца пациенты полноценно принимали пищу, каких-либо отрицательных явлений не отмечено. В эти сроки во всех случаях открывание рта в полном объеме, ограничений боковых движений нижней челюсти не отмечено.

При осмотре спустя 12 месяцев и более больные жалоб не предъявляли. Движения нижней челюсти сохранялись в полном объеме, функциональных нарушений со стороны височно-нижнечелюстных суставов не выявлено. Рентгенологически положение эндопротезов удовлетворительное, деструктивных изменений со стороны реципиентной костной ткани не определялось. Таких явлений, как прорезывание эндопротеза сквозь мягкие ткани в ротовую полость или наружу, перелом или миграция установленной конструкции и фиксирующих элементов не отмечалось.

Заключение. Таким образом, применение эндопротезов, изготовленных из пористо-проницаемого никелида титана в соответствии с анатомическими особенностями височно-нижнечелюстного сустава, позволяет не только восстанавливать функцию сустава, но и полноценно замещать образовавшиеся дефекты костной ткани и устранять различные степени деформации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов В.Н., Асташина Н.Б., Рогожников Г.И. и др. Оценка основных характеристик новой комбинированной имплантационной системы для эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава // Фундаментальное исследование. 2013. № 1-2. С. 20-23.

2. Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в челюстно-лицевой хирургии и онкологии / под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НПП МИЦ, 2016. 288 с.

3. Материалы и имплантаты с памятью формы в медицине / под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НПП МИЦ, 2014. 342 с.

Мирзоев С.М., Муминова М.Дж., Еникеев А.А., Мирзоназаров Ш.Х.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ КЕРАТОКОНУСА

Кафедра офтальмологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Кератоконус является медленно прогрессирующим воспалительным процессом, характеризующимся истончением роговицы, чаще в ее центральных отделах, с увеличением кривизны.

Заболевание наиболее часто встречается у лиц в возрасте 15-25 лет и составляет 0,01%-0,6% среди патологии роговицы. В последнее время наблюдается тенденция к прогрессивному росту заболеваемости кератоконусом, о чем свидетельствуют данные различных авторов [1-3].

Диагностика развитого и далеко зашедшего кератоконуса не представляет затруднений, для этого, как правило, достаточно данных биомикроскопии. Основной проблемой является диагностика его начальных стадий.

Часто пациентам с начальным кератоконусом ошибочно выставляется диагноз «миопический астигматизм» и назначаются корригирующие очки, а кератоконус диагностируется поздно, когда значительно меняются кератометрические данные, а иногда и сама архитектоника роговицы. Из-за чего выполняются кератопластика – серьёзная масштабная операция с нередкими осложнениями и длительным реабилитационным периодом. При выявлении начального кератоконуса в настоящее время возможно остановить его прогрессирование методом кросслинкинга.

Цель исследования. Презентация новых методов диагностики начальной стадии кератоконуса.

Материал и методы исследования. Обследовано 49 пациентов в возрасте от 13 до 34 лет (19 женщин и 30 мужчин) с подозрением на кератоконус. Причиной для проведения всего комплекса обследования на кератоконус послужил астигматизм, выявленный при определении остроты зрения с коррекцией, кератометрией и рефрактометрией. Как показала практика, этих методов недостаточно для выявления начальных стадий кератоконуса. При наличии даже небольшого астигматизма мы используем новые, более информативные методы, такие как кератопограмма роговицы, ультразвуковая пахиметрия, оптическая когерентная томография. Большинство офтальмологов имеют возможность использовать только биомикроскопию, которая тоже позволяет диагностировать начальный кератоконус. Характерным биомикроскопическим признаком начального кератоконуса является появление зоны разреженности стромы, получившее название симптома «фейерверка». Как правило, эти изменения расположены симметрично, в нижне-внутреннем квадранте для правых глаз и в нижне-наружном квадранте - для левых.

Результаты и их обсуждение. Среди 49 пациентов, обследованных методом биомикроскопии, симптом «фейерверка» выявлен у 16 на 26 глазах.

Пахиметрия проводилась на ультразвуковом аппарате «Sonoqet» (США) в пяти точках: в центре роговицы, на 12, 3, 6 и 9 часах средней периферии. Средняя толщина роговицы у нашей группы больных составила 520±66 мкм. Роговица меньше 510 мкм была у 19 пациентов на 31 глазу.

При определении толщины роговицы при помощи оптической когерентной томографии на аппарате “Revolution” фирмы Optovue США средняя толщина роговицы составила 511±3,9 мкм Роговица тоньше 510 мкм была выявлена у 24 пациентов.

При компьютерной томографии роговицы на аппарате Vezsion фирмы Tomey у 16 больных установлена характерная для начального кератоконуса фигура – Bow–tie (дословно: «галстук-бабочка»). У части пациентов имелся вариант топографической картины по типу округлого одиночного выстояния роговицы.

Таким образом, в результате комплексного обследования 49 пациентов начальный кератоконус был выявлен у 19 пациентов на 31 глазу (7 женщин, 12 мужчин). Наибольшая информативность отмечена при исследовании роговицы при помощи оптической когерентной томографии. Пациенты, у которых один глаз с кератоконусом, а второй с хорошими визуальными показателями, нуждаются в динамическом наблюдении (1 раз в 3 месяца).

Выводы

1. У пациентов с астигматизмом необходимо комплексное обследование для выявления начальных стадий кератоконуса.
2. При начальных стадиях кератоконуса показано проведение кросслинкинга, который останавливает прогрессирование болезни.

3. Наиболее информативным методом диагностики субклинических стадий кератоконуса является оптическая когерентная томография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов С.Э. Диагностика кератоконуса // Глаз. 1999. № 1. С.12-15

2. Аветисов С.Э. О некоторых спорных вопросах диагностики раннего кератоконуса // IV Российский симпозиум по рефракционной хирургии. М., 2002. С. 3-6

3. Горскова Е.Н. Клиника, патогенетические варианты течения, диагностика и роль медикаментозных средств в лечении кератоконуса: автореф. дисс…. доктор мед. наук. М., 1998 : Диада-СПБ, 2000.

Мирзоев С.М., Муминова М.Дж., Еникеев А.А., Мирзоев Ф.С.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной офтальмологии является повышение эффективности консервативного лечения больных с дистрофическими заболеваниями и повреждениями роговицы с использованием препаратов и методик, обладающих иммунокорригирующим, антиоксидантным, адаптагенным действием, нормализующих гемостатические, метаболические нарушения в тканях глаза. Это обусловлено тем, что при травме и дисфункции клеток эпителия, эндотелия и стромы отсутствуют условия для осуществления репаративной регенерации [2, 3]. PRP-терапия (плазма, обогащённая тромбоцитами), или плазмолифтинг, - использование собственной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, всё более востребована офтальмологами при лечении аномальных состояний роговицы. Методика уже апробирована офтальмологами Европы, США, России и других стран.

Действие ряда важнейших для организма факторов - выработка инсулина, изменение роста и прочее - обеспечивается действием биоактивных молекул, содержащихся во внутриклеточных альфа-гранулах тромбоцитов человека. Тромбоциты, контактируя с поврежденной тканью, выделяют в микросреду факторы роста, благодаря чему начинают стимулировать процессы регенерации организма.

Применяется методика для уменьшения болевого синдрома, снятия воспалительной реакции, ускорения процессов регенерации тканей, уменьшения периода реабилитации.

Аутоплазмотерапия активно применяется в офтальмологии при ксероофтальмии, акантамёбном кератите, изъязвлениях роговицы, в послеоперационном периоде после проведения лазерной кератоэктомии послойной или сквозной кератопластики для снятия постравматических состояний [1].

Цель исследования. Выяснить эффективность PRP-терапии при лечении заболеваний роговицы.

Материал и методы исследования. С 2018 года в Республиканском клиническом центре «Офтальмология» была проведена PRP-терапия 15 пациентам (10 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 8 до 79 лет. Все больные были с заболеваниями роговицы: эпителиально-эндотелиальной (2), синдромом сухого глаза и начальным ксерозом роговицы (3), кератитом различной этиологии (5), язвой роговицы (2), после первичной хирургической обработки раны (2) , после Re–сквозной кератопластики (1).

Обследование больных до плазмолифтинга проводилось в зависимости от диагноза, но во всех случаях роговица окрашивалась флюоресцеином для определения размеров дефекта эпителия.

Для чистоты исследования 12-и больным, включая 2-х беременных и

1-у кормящую женщину, все препараты, раннее использовавшиеся, были исключены. Всем больным, кроме одного ребёнка, плазмолифтинг проводился амбулаторно.

Методика приготовления богатой тромбоцитами плазмы включала забор крови из кубитальной вены пациента в объёме 15 мм в стерильную пробирку. Далее осуществлялось 5-минутное центрифугирование (3.500 об.в минуту), затем

производился забор 2 мл фракции крови, расположенной прямо над эритроцитарной массой. 0,5 мл тромбоцитарной плазмы вводилось подконъюнктивально в нижний свод. Остальные 1,5 мл переливаись в стерильный флакон, который выдавался пациенту на руки для ежечасного закапывания в течение суток.

6-ти больным PRP-терапия проводилась дважды с интервалом в неделю.

Осмотр всех пациентов проводился на следующий день после процедуры, затем через день. Больным с ЭД роговицы и ксерофтальмией осмотр проводился 1 раз в неделю.

Результаты и их обсуждение. Субъективно из 15-ти больных 14 отмечали улучшение состояния (уменьшилась болезненность и чувство инородного тела).

У одного пациента с язвой роговицы наблюдалось ухудшение, возможно, связанное с большой физической нагрузкой через 2 дня после проведенной процедуры.

Объективно у 9-ти больных после первой инъекции отмечалось улучшение состояния роговицы: уменьшение дефекта эпителия, болезненности и воспалительной реакции. У 5-ти больных объективного улучшения не было.

Выводы

1. Простота выполнения, отсутствие аллергической реакции, дешевизна «собственного» лекарства позволяют рекомендовать плазмолифтинг как самостоятельный, так и дополнительный метод лечения заболеваний роговицы.

2. Процедура рекомендуется больным с поливалентной аллергией, а также беременным и кормящим матерям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лошкарёва А.О., Майчук Д.Ю. Применение богатой тромбоцитами плазмы у пациентов с хроническими эрозиями роговицы // XI Всероссийская научная конференция молодых ученых. Москва, 2016. С. 131-132

2. Ченцова Е.В., Петриашвили Г.Г. и др. Применение фетальных клеток роговицы человека для лечения различной патологии органа зрения // Офтальмохирургия. 1999. № 4. С. 3-9

3. Якименко С.А., Галанова Р.И. и др. Некоторые биохимические показатели в динамике ожогового процесса в глазу // Офтальмологический журнал. 2002. № 3. С. 5-10.

Мирзоев С.М., Муминова М.Дж., Еникеев А.А., Муминов М.Дж.

КОСМЕТИЧЕСКАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА

Кафедра офтальмологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Повреждения и заболевания роговой оболочки занимают одно из ведущих мест среди причин слепоты и слабовидения [3]. Разнообразие этиопатогенетических факторов, таких как гнойные язвы, травмы, трофические нарушения роговицы, приводит в большинстве случаев к стойким и порой необратимым процессам в ней. В ряде случаев глазное яблоко сохраняется как орган, с отсутствие м зрительных функций и в тоже время очень часто остается довольно выраженный косметический дефект (помутнение роговицы, отсутствие зрачка, катаракта и др.), что вызывает тяжелые психологические расстройства, особенно у лиц молодого возраста. По данным Либман Е.С., 42% инвалидов по зрению нуждаются в социально-бытовой и психологической адаптации, где определенную роль играют и косметические изменения [1].

В арсенале офтальмологов имеется ряд методик, которые обеспечивают косметический эффект, – энуклеация глазного яблока с последующим протезированием, применение контактной линзы. При отказе пациентов от энуклеации, при непереносимости косметических контактных линз возможно использование косметической кератопластики [2, 4, 5].

Цель исследования. Обобщить результаты кератопластики, выполненной в косметических целях.

Материал и методы исследования. За последние 15 лет в РКЦ «Офтальмология» с целью улучшения внешнего вида глазного яблока выполнено 23 операции у 22 больных в возрасте от 16 до 49 лет. У 11 больных были бельма различной этиологии, ин тенсивности и степени васкуляризации. У 6 больных - грубые постравматические рубцы различной формы и протяженности.

Все эти пациенты на фоне изменений в роговице, полученных в детском возрасте, имели глубокую абскурационную амблиопию с расходящимся или сходящимся косоглазием. У трех больных с травматической катарактой на нулевых глазах наблюдалась начальная субатрофия глазного яблока. Трое больных были с периферическими бельмами с остротой зрения от 0.2 до 0.5

В зависимости от глубины залегания, расположения и степени распространенности бельма были произведены операции:

- сквозная субтотальная кератопластика – 2
- послойная глубокая кератопластика – 7
- послойная кератопластика с татуажем – 7
- послойная периферическая кератопластика – 2
- послойная ротационная кератопластика – 2
- инъекция с татуажем – 3

Только трем молодым пациентам понадобилось применение общего обезболивания, остальные оперированы под местной анестезией.

Сквозная кератопластика была выполнена вынужденно, так как в ходе выполнения послойной глубокой кератопластики, из-за различной толщины бельма наступило прободение и пришлось перейти на сквозную кератопластику. В одном случае одномоментно было удалена и катаракта.

Послойная глубокая кератопластика проводилась больным с бельмами, занимающими не более 2/3 толщины роговицы. Послойная кератопластика с татуажем производилась больным, у которых задний отдел роговицы был интенсивно мутным. Операция выполнялась традиционным способом, с нанесением сажи на трепационное ложе.

Периферическая ротационная кератопластика чревата развитием снижения остроты зрения, но в наших двух случаях этого не произошло. Бельма, которые находились в нижней части роговицы, «переведены» в верхнюю, и эти бельма прикрывались верхним веком. Инъекции с татуажем производились 3 больным: одному больному с небольшим, но центральным бельмом и двум больным с катарактой. При этом инъекционной иглой под сильным давлением в поверхностные отделы роговицы вводилась смесь сажи на вискоэластике.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений.

Сроки наблюдения были от 7 месяцев до 14 лет. Роговичные швы удалялись после сквозной кератопластики через 8 – 12 месяцев, после послойной кератопластики - через 5 – 6 месяцев.

Удовлетворённость пациентов результатами операций была высокой, хотя 8 больных от операции ожидали большего. Один больной после инъекции с татуажем через год потребовал проведения более радикальной операции, ему была выполнена послойная кератопластика.

У больных с послойной кератопластикой с татуажем по истечению 3-5 лет интенсивность черного цвета немного поблекла, но косметический эффект сохранялся на протяжении всего времени наблюдения. В двух случаях после проведения одномоментной кератопластики и исправления косоглазия в условиях общего наркоза получен хороший косметический эффект.

Заключение. У пациентов с бельмами различной этиологии и посттравматическими рубцами применение различных способов кератопластики обеспечивают хороший косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев В.С., Кравчинина В.В. и др. // Офтальмологический журнал. 1983. № 2. С. 94-98

2. Дронов М.М. Руководство по кератопластике. Санкт-Петербург, 1977. 130 с.

3. Либман Е.С., Мелкумянц Т.А. Состояние инвалидности по зрению в России, меры её профилактики и снижения // Актуальные вопросы социальной офтальмологии: Сб.науч. тр. М., 1988. С.105

4. Либман Е.С. Современные позиции клинико-социальной офтальмологии // Вестник офтальмологии. 2004. № 1. С. 10-12

5. Слонимский А.Ю. // Клиническая офтальмология. 2002. Т.3, № 4. С. 151-153.

Миронов П.И., Юнусов Д.И. Сатаев В.У.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, г Уфа, Россия

Цель исследования. Сравнительный анализ дискриминационной способности различных систем оценки тяжести состояния в определении риска развития летального исхода и длительности лечения у детей с тяжелой сочетанной травмой.

Материал и методы исследования. В разработку включено 216 детей с сочетанной травмой. Среди исследуемых преобладали дети старше 7 лет – 159 (73,61%). Мальчиков было 137 (63,43%), девочек 79 (36,57%). Большинство детей - 183 (84,72%) - доставлено в стационар в течение первого часа после травмы, до 3 часов – 26 (12,04%), позже 3 часов - лишь 7 (3,24%). Погибло 7 пострадавших (3,24%). Дизайн исследования: ретроспективное, обсервационное, контролируемое. Сроки наблюдения с 2009 по 2014 год. Критерии включения: наличие сочетанной травы у ребенка, госпитализация в стационар в первые 6 часов с момента получения травмы. Критерии исключения: гибель больного в первые 24 часа после травмы (травма, несовместимая с жизнью).

Оценивалась информационная ценность шкал PTS (Pediatric Trauma Score), Index Severity score (ISS), ком Глазго (CGS) и PELOD (Pediatric logistic organ disfunction).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием компьютерного пакета “BioStat”. Значимость количественных различий между двумя группами больных оценивали по критерию Манна–Уитни. Дискриминационные способности исследуемых шкал изучали с помощью Receiver-Operating Characteristic (ROC) -анализа.

Результаты и их обсуждение. Нами были выделены больные, имеющие риск развития летального исхода и не имеющие риска гибели. Распределение по шкале PTS показало, что риск гибели (≤8 баллов) имели 72 (33,34%) ребенка, у 144 (66,66%) прогнозировался благоприятный исход. При оценке по шкале ISS возможные осложнения и неблагоприятный прогноз (≥15 баллов) имелся у 121 ребенка, из которых у 48 (22,23%) существовала высокая вероятность гибели (≥26 баллов), у остальных детей предполагался благоприятный прогноз заболевания. Распределение детей по шкале ком Глазго показало, что тяжелое поражение ЦНС (≤8 баллов) имелось у 17, (7,87%) детей, умеренное (9-12 баллов) - у 32 (14,81%) пациентов, а у большинства детей либо отмечался нормальный уровень сознания - 109 (50,47%) больных, либо клинически незначимые его изменения – 58 (26,85%) детей. При анализе данных оценочной системы PELOD риск развития летального исхода отмечался у 92 (42,59%) детей. Для выявления оценочной системы, обладающей наибольшей информационной ценностью в план предсказания гибели ребенка с ТСТ, нами были вычислены площади под ROC-кривой для каждой из них.

Все анализируемые нами шкалы показали очень хорошую способность в прогнозировании гибели детей с ТСТ. Наиболее высокой она оказалась для шкал CGS и PELOD, наименее информативной - шкала ISS, последняя достоверно хуже ($p<0,05$) прогнозирует гибель исследуемых детей. Анализ взаимосвязи исследуемых показателей с длительностью госпитализации выживших детей позволил нам установить наличие сильных корреляционных связей у всех оценочных систем с длительностью стационарного лечения - ISS – $r= 0,64 p<0,05$, PTS – $r= 0,71 p<0,01$, CGS - $r= 0,56$ $p<0,05$, PELOD - $r= 0,69 p<0,01$. При определении информационной ценности оценочных систем применительно к длительности лечения у выживших детей нами выявлено, что площадь под характеристической кривой (AUC ROC) составляла для шкал - CGS - 0,65±0,41, PTS - 0,71±0,28, ISS-0,62±0541, PELOD - 0,77±0,66.

Выводы

1. При оценке тяжести состояния детей с ТСТ нецелесообразно использовать шкалы для взрослых (шкала ISS).
2. Корректная стратификация пациентов с ТСТ по риску гибели и длительности лечения не может быть осуществлена только на основании оценки тяжести самой травмы (шкала PTS).
3. Существующие генерические шкалы оценки тяжести состояния (PELOD) способны достаточно точно прогнозировать риск развития летального исхода и длительности стационарного лечения у детей с ТСТ.

Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЕРИИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЫ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Для долговременного функционирования и обеспечения надежности имплантационных конструкций необходим своевременный контроль состояния околоимплантатных тканей, а также объективная диагностика ранних воспалительных осложнений [1-4].

Цель исследования. Совершенствование и внедрение объективных методов диагностики ранних воспалительных изменений, развивающихся в мягких тканях периимплантатной области у соматических больных.

Материал и методы исследования. В соответствии с поставленной целью было проведено обследование 60 соматических больных с имплантационными протезами в возрасте от 20 до 50 лет. Имплантация проведена с использованием внутрикостных имплантатов фирмы DIO implant dentsply group «Implant system» (Корея). Ортопедическое лечение осуществляли с применением металлокерамических одиночных коронок и несъемных протезов с опорой на 1 и более имплантатов.

Стоматологическое исследование проводили до и после ортопедического лечения пациентов на следующих этапах: через 2 недели после фиксации формирователей десны и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после установки на дентальных имплантатах ортопедических супраконструкций.

Результаты и их обсуждение. В начальный срок наблюдения у пациентов в области введенных имплантатов при клиническом обследовании выявлено различное состояние слизистой оболочки десны периимплантатной области, что явилось основанием для разделения пациентов на две группы: I группа – 24 пациента (40,0%) без воспалительных изменений в слизистой оболочке десны в области 61 (32,7%) внутрикостного дентального имплантата; II группа – 36 пациентов (60,0%), у которых были выявлены воспалительные изменения в слизистой оболочке десны в области 125 (67,2%) внутрикостных дентальных имплантатов.

В зависимости от степени выраженности воспалительных изменений околоимплантатной зоны пациенты II группы были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа – 24 пациента (66,7%) со слабо выраженными воспалительными изменениями в области 54 дентальных имплантатов (43,2%); 2-я подгруппа – 12 пациентов (33,3%) с умеренно выраженными воспалительными изменениями в области 29 дентальных имплантатов (23,2%).

В срок наблюдения 2 недели в I группе хорошее гигиеническое состояние периимплантатной и супраконструкционной зон было определено у 62,5% пациентов, удовлетворительное – у 37,5% пациентов. В 1-й подгруппе II группы хороший и удовлетворительный уровни гигиенического ухода были определены у одинакового числа пациентов (50,0%). Во 2-й подгруппе II группы в 100% случаев было выявлено удовлетворительное гигиеническое состояние (ИН = 0,7 – 1,6).

Повышение уровня гигиенического ухода определили в I группе – в 1 месяц, в 1-й подгруппе II группы – в 3 месяца, во 2-й подгруппе II группы – в 1 месяц. К 12 месяцам наблюдения хорошее гигиеническое состояние полости рта отмечали в I группе и 1-й, 2-й подгруппах II группы соответственно у 87,5%, 87,6% и 75,0% пациентов.

В начальный срок наблюдения на основании низких значений индекса налета («0», «1») в области 18 (90,0%) из 20 исследуемых имплантатов был выявлен хороший и удовлетворительный уровень гигиенического ухода. В двух подгруппах II группы в области 11 (27,5%) из 40 исследуемых дентальных имплантатов был определен удовлетворительный уровень гигиены, в области 15 (37,5%) – неудовлетворительный («2», «3»).

На фоне повышение уровня гигиенического ухода у пациентов двух групп определяли на основании снижения оценочных значений индекса налета в разные сроки наблюдения: в I группе – 1 месяц, в 1-й подгруппе II группы – 3 месяца, во 2-й подгруппе II группы – 1 месяц. Через 12 месяцев наблюдения хорошее состояние гигиены было выявлено в I группе в области 95% дентальных имплантатов и соответствующих супраконструкционных элементов, в 1 и 2-й подгруппах II группы, соответственно, в области 89% и 71% имплантатов.

Заключение. Таким образом, результаты оценки гигиенического состояния свидетельствовали о формировании у стоматологических пациентов устойчивой мотивации к соблюдению правил рационального гигиенического ухода за

полостью рта, дентальными имплантатами и супраконструкционными протезами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А. Результаты определения нуждаемости больных с неблагоприятным соматическим фоном в методах дентальной имплантации // Российский вестник дентальной имплантологии. Москва, 2017. № 2 (35). С.60-63.
2. Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г. Анализ современных взглядов на процессы интеграции дентальных имплантатов в костную ткань // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 1. С. 71-75.
3. Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г. К вопросу об определении нуждаемости больных в имплантационном лечении окклюзионных дефектов при разнонаправленных межсистемных нарушениях // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. 2017. № 3(23). С. 74-78.
4. Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М. Клинико-рентгенологические результаты протетического лечения соматических больных с использованием дентальной имплантации // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 2. С. 29-36.

Муминов Н.О., Сайдуллоев Л., Гулов Х.М., Раджабов В.Ш., Сайдахмедова Ш.А.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ УРЕТРОТОМИИ ПРИ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Лечение стриктур уретры у мужчин относиться к наиболее сложным и актуальным разделам оперативной урологии. Отечественными и зарубежными урологами предложены различные консервативные и хирургические методы лечения стриктур мочеиспускательного канала, такие как бужированные, внутренняя оптическая уретротомия, имплантация постоянных уретральных стентов и реконструктивно восстановительные операции [1].

Однако не существует универсальной хирургической техники, применяемой для различных видов стриктур, что обязывает урологов, занимающихся данной проблемой, владеть различными методами уретропластики и выбирать из их большого разнообразия наиболее подходящий вариант в соответствие с конкретной клинической ситуацией.

По мнению ряда урологов, высокая инвазивность уретропластики оказывает более значимое негативное влияние на качество жизни пациентов после операции, чем меньшая эффективность малоинвазивных эндоскопических методов, что, возможно, и объясняет большую популярность и распространенность внутренней оптической уретротомии при коротких стриктурах уретры [2].

Сегодня эндоскопические операции выполняются с использованием оптического уретротома, что позволяет проводить их под визуальным контролем. Эндоскопическая уретротомия, несомненно, показана при врождённых и приобретенных клапанных сужениях и перемычках, очень коротких неосложнённых стриктурах, преимущественно у пожилых больных, по характеру приближающихся к перепончатым, конечно, при наличии противопоказаний к радикальному лечению [3].

Цель исследования. Изучить результаты внутренней оптической уретротомии при стриктурах уретры у мужчин (на примере урологического отделения ГКБ СМП г. Душанбе).

Материал и методы исследования. За 2017 год в урологическое отделение ГКБ СМП поступили 18 больных с сужением уретры разной локализации. Из них 4 (22,2%) с сужением передней уретры, 2 (11,1%) задней уретры и 12 (66,6%) бульбозной части уретры. Средний возраст больных составлял 42 года. Среднее пребывание больных на койке составляло 7 дней.

Всем пациентам уретротомия произведена стандартным ретроградным путем с последующим дренированием мочевого пузыря катетером Фолея соответствующего диаметра, который удаляли на 10-12 сутки. Длина суженного участка уретры составляла от 1,0 до 3,0 см.

Из числа обследованных 2 (11,1%) поступили с цистостомией, наложенной по поводу острой задержки мочи, 1 (5,5%) больному наложена троакарная эпицистостомия по поводу острой задержки мочи, которому через 1,5 месяца про-

изведена уретротомия. Остальные 15 (83,3%) больных поступили с признаками хронической задержки мочи.

Всем больным проведены общеклинические и лабораторные методы исследования. Также всем выполнена восходящая уретроцистография с целью установления локализации и размеров суженного участка уретры, ультразвуковое исследование верхних мочевых путей для и определения объема остаточной мочи. Объем остаточной мочи составлял от 80 до 300 мл. Из числа поступивших 1 пациент был с рецидивом сужения задней части уретры после проведенной пластики уретры по Хольцову.

Внутренняя уретротомия -рассечение суженного места мочеиспускательного канала специальным инструментом - производится при проходимых стриктурах уретры без выраженного развития рубцовой ткани в сторону периферии и стриктурах, не подающихся растяжению бужами. Внутренняя уретротомия выполняется под местным обезболиванием путем введения в уретру растворов обезболивающих средств или под перидуральным или спинальным обезболиванием.

Для уретротомии применяют уретротом. Вначале в уретру вводят нитевидный буж-проводник, который должны пройти через суженный отдел уретры. После этого к павильону бужа–проводника привинчиваются салазки уретротома, и их проводят в мочевой пузырь, после чего половой член натягивается вдоль салазок, в паз их вставляют нож уретротома и проталкивают вперед. Таким образом рассекается суженный участок уретры.

Результаты и их обсуждение. Все больные в послеоперационном периоде получали антибактериальную терапию, согласно определенной флоры и чувствительности к антибиотикам, и рассасывающую терапию. Ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. В процессе наблюдения от 3 до 9 месяцев у 2(11,1%) больных отмечался рецидив сужения, из которых 1-больному в последующем произведено букальная пластика уретры, 1-больному производится периодическое бужирование уретры. Эффективность проведенных операций оценивалось адекватностью мочеиспускания, определением проходимости уретры на повторной уретроцистограмме и определением объема остаточной мочи при ультразвуковом исследовании.

Заключение. Внутренняя оптическая уретротомия благодаря малой инвазивности, широким показаниям, малой затратности, экономической обоснованности и высокой эффективности является методом выбора операции при коротких стриктурах уретры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котов С.В. Новые методы уретропластики при стриктурах уретры у мужчин. // Анналы хирургии. 2015. № 4. С. 9-11.

2. Пушкарь Д.Ю., Жиров А.В., Лоран О.Б., Карпович А.В., Багаудинов М.Р., Исмаилов М.-Р.М. // Андрология и генитальная хирургия. 2012 №4. С. 37-43.

3. Welk B.K., Kodama R.T. The augmented nontransected anastomotic urethraplasty for the treatment of bulbar urethral strictures // Urology. 2012. Vol. 79 (4). P. 917-921.

Муродов А.И., Коваленко З.А., Сайдалиев Д.М., Алимардонов Р., Ефтаков Ш.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи»
Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция сопровождается большим числом послеоперационных осложнений. Важное место среди факторов, способствующих возникновению осложнений, занимает нутритивная недостаточность [1]. Однако в литературе встречается очень мало работ по сочетанию парентерального и раннего энтерального питания с целью коррекции нутритивного статуса пациентов, перенесших панкреатодуоденальную резекцию [2, 4].

Цель исследования. Изучить эффективность сочетания раннего энтерального и парентерального питания у пациентов, перенесших панкреатодуоденальную резекцию.

Материал и методы исследования. С января 2016 года по январь 2018 года на базе

отделения онкологии хирургического профиля «Лечебно-реабилитационного центра» Минздрава России и отделения хирургия печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы Городского центра скорой медицинской помощи города Душанбе было прооперировано 89 пациентов с периампулярными опухолями. Средний возраст пациентов составил 60,3 лет (в диапазоне 42-83 года). Индекс коморбидности Charlson у пациентов составил 6-7 баллов. Всех пациентов в зависимости от способа коррекции нутритивной недостаточности распределили на 2 группы. В первую группу (контрольную) были включены 38 (42,7%) пациентов, которым для лечения нутритивной недостаточности применяли парентеральное питание. Во вторую (основную) группу включен 51 (57,3%) пациент, которым коррекцию нутритивной недостаточности проводили сочетанием энтерального и парентерального питания. Для определения нутритивного статуса пациентов использовали шкалу NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002), у всех пациентов количество баллов составило ≥ 3, что указывало на наличие нутритивной недостаточности. Клиническая характеристика пациентов приведена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика исследуемых групп

Показатели	***I группа (n=38)***	***II группа (n=51)***
Пол (муж/жен)	27/11	34/17
Возраст	60,2±10,3	61,9±10,2
Гемоглобин до операции, г/л	10,8±1,3	11,6±0,9
Альбумин до операции, г/л	34,08±3,1	33,6±3,4
Продолжительность операции в мин.	335,2±70,2	325,7±63,2
Интраоперационная кровопотеря в мл	620,7±258,4	685,7±201,5
Количество гемо– и плазмотрансфузии	10	16
Рак головки поджелудочной железы	23	29
Рак дистального отдела холедоха	2	3
Рак большого дуоденального сосочка	8	12
Рак двенадцатиперстной кишки	3	4
Хронический панкреатит	2	3

Панкреатический свищ и гастростаз были оценены в соответствии с критериями ISGPS (International Study Group of Pancreatic Surgery). Для сравнения групп учитывали послеоперационные осложнения в период за 30 дней стационарного лечения.

Результаты и их обсуждение. После операции для оценки функции печени определяли уровни АЛТ, АСТ, общего билирубина и ЛДГ. Различия между группами по уровням АЛТ (81,5/76,4), АСТ (53,3/60,1) и ЛДГ (253,4/212,6) до 6 суток не были статистически значимыми. Однако были выявлены статистически значимые различия ($p<0,01$) по уровню общего билирубина (64,2/39,3). В таблице 2 представлена характеристика послеоперационных осложнений.

Послеоперационные койко-дни у пациентов первой группы составили 17,1±5,8 дня, второй группы - 13,1±4,8.

Экспериментально было доказано, что голодание уменьшает секрецию желудочно-кишечных гормонов (холецистокинин, гастрин, YY–пептид), которые играют важную роль в стимуляции секреции желчи, сокращении желчного пузыря и моторике кишечника [3]. Энтеральное питание улучшает функцию печени [4], о чем свидетельствует значительное снижение уровня общего билирубина у пациентов, получавших сочетанное энтеральное и парентеральное питание.

Раннее энтеральное питание улучшает микрофлору, трофику кишечника и снижает транслокацию микробов из просвета кишечника в кровоток [2]. У пациентов первой группы частота инфекционных осложнений была выше, чем у пациентов второй группы.

Гастростаз у пациентов второй группы наблюдался значительно меньше, по сравнению с первой группой, так как питательные смеси и назоинтестинальный зонд способствуют механической стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта [1].

Процесс реабилитации у пациентов, получавших энтеральное питание, происходит быстрее, что сокращает сроки их пребывания в стационаре.

Таблица 2

Характеристика послеоперационных осложнений в исследуемых группах

Осложнение	*I группа (n=38)*	*II группа (n=51)*
Панкреатическая фистула Grade B	2 (5,3) 2	4 (7,8) 4
Раневая инфекция	4 (10,5)	4 (7,8)
Внутрибрюшной абсцесс	3(7,89)	3 (5,88)
Холангит	1(2,6)	1 (1,9)
Желудочно-кишечное кровотечение	2 (5,3)	3 (5,88)
Гастростаз	7 (18,4)	3 (5,88)
Инфекция мочевыводящих путей	2 (5,3)	1 (1,9)
Пневмония	3 (7,9)	1 (1,9)
Диарея	0	6 (11,76)
Гипергликемия	8 (21,05)	4 (7,8)

Заключение. Раннее энтеральное питание в сочетании с парентеральным снижает частоту инфекционных осложнений и гастростаза, сокращая тем самым сроки госпитализации пациентов, перенесших панкреатодуоденальную резекцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dong K., Yu X.J., et al. Advances in mechanisms of post-surgical gastroparesis syndrome and its diagnosis and treatment //Chin J Dig Dis. 2006, V. 7. P.76-82.

2. Feng Y., Ralls M.W., et al. Loss of enteral nutritionin a mouse model results in intestinal epithelial barrier dysfunction // Ann N Y Acad Sci. 2012. V.1258. P.71-77.

3. Galhardo J., Hunt L.P., et al. Normalizing eating behavior reduces body weight and improves gastrointestinal hormonal secretion in obese adolescents // J. Clin Endocrinol vetab. 2012. V.9. P. 193-201/

4. Liu C., Du Z., et al. Enteral nutrition is superior to total parenteral nutrition for pancreatic cancer patients who underwent pancreaticoduodenectomy // Asia Pac J Clin. Nutr. 2011. V. 20. P.154-160.

Мухамадова М.А., Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С.

УРГЕНТНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В начале XXI века ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из актуальных проблем кардиологии, что связано с высокой распространенностью заболевания, снижением качества жизни больных, высокими показателями потери трудоспособности и летальности [1]. У пациентов, страдающих ИБС, наибольшая частота жизнеугрожающих осложнений ассоциируются с острыми формами заболевания [2, 4].

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбПST) является одной из форм ИБС и объединяет группу больных с остро возникшей ишемией миокарда, которая не сопровождается стойким подъемом сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ). ОКСбПST относится к жизнеугрожающим состояниям и сопровождается внутригоспитальной летальностью 2,4-8,9% и еще большей летальностью

в первый год после перенесенного заболевания -9,6%-13% [1, 3].

Установлено, что в основе ОКСбПST лежит неокклюзирующий тромбоз коронарных артерий, как правило, на фоне нестабильной атеросклеротической бляшки. В тоже время недостаточно изучены вопросы прогнозирования течения атеросклеротического процесса коронарных артерий у пациентов с ОКСбПST [2].

Результаты многочисленных рандомизированных клинических исследований показали, что стандартная инвазивная тактика лечения больных с ОКСбПST снижает число коронарных ишемических событий и летальных исходов у пациентов группы высокого риска [1, 2].

Однако до настоящего времени остаются малоизученными критерии отбора и исходы ургентной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у пациентов с ОКСбПST.

Цель исследования. Улучшение результатов ургентной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда пациентов с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включены 100 больных в возрасте от 40-75 лет, обследованных в РНЦССХ в период 2015-2017 гг. Среди них мужчин было 79, женщин - 21. Диагноз ОКСбПST основывался на клинико-анамнестических данных, наличии эпизодов ишемии миокарда по результатам ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ, результатах коронароангиографии, эхокардиографии (ЭхоКГ) и лабораторных исследований.

Для ОКСбПST на ЭКГ была характерна депрессия или переходящий подъём сегмента ST / или изменения зубца Т.

По данным эхокардиографии, определялись аномалные движения стенки миокарда и снижение фракция выброса левого желудочка до 50,7±4,1%.

Все обследованные пациенты имели гемодинамически значимое поражение коронарного русла. У 70 (70%) больных были поражения передней нисходящей и огибающей артерий, у 19 (19%) - изолированное поражение огибающей артерии и у 11 (11%) - сочетанное поражение передней нисходящей, огибающей и правой коронарной артерий.

У 62 (62%) пациентов было выполнено стентирование после баллонной ангиопластики, а у 38 (38%) больных – прямое стентирование. Всем больным были установлены стенты с лекарственным покрытием.

Ангиопластика и стентирование проводилась на фоне антикоагулянтной, антиагрегантной терапии и внутривенного введения нитроглицерина.

Больным рекомендовалась двойная антиагрегантная терапия (аспирин + клопидогрель) на протяжении 1 года, независимо от стратегии реваскуляризации и типа стента, а также приём статинов и бета-блокаторов.

Результаты и их обсуждение. В отдаленные сроки наблюдения от 6 мес. до 2-х лет нефатальный первичный инфаркт миокарда развился у 2 (2%) пациентов. По данным суточного мониторирования ЭКГ, после эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях у 75 (75%) больных значительно уменьшилась частота и распространенность депрессии сегмента ST. После стентирования коронарных артерий умеренная ишемия сохранилась всего в 6% случаев (до стентирования – 37%), выраженная ишемия - в 14% (до стентирования 54%) и далеко зашедшая ишемия - в 2% случаев (до стентирования 10%).

По данным контрольной ЭхоКГ, фракция выброса левого желудочка в отдалённые сроки после вмешательства выросла с 50,7±4,1% до 54,5±4,5%, т.е. прирост составил 3,8%. В 95 наблюдениях отмечено достоверное снижение конечно-диастолического и конечно-систолического объёма левого желудочка.

Результаты исследований (ЭКГ, ЭхоКГ) свидетельствуют об эффективности экстренного коронарного стентирования в устранении острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST, что согласуется с данными других авторов [1, 2, 4].

Заключение. У больных ОКС без подъема сегмента ST после проведения ургентного стентирования коронарных артерий в 75% случаев уменьшается частота и распространенность депрессии сегмента ST ишемического характера, тем самым снижается риск развития повторного инфаркта миокарда, фатальных сердечных аритмий и внезапной смерти в отдалённые сроки наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Бузиашвили Н.И., Алекян Б.Г. Острый коронарный синдром: Основные вопросы стратегии и тактики в клинической практике. М., 2012. 242 с.

2. Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ. Российские рекомендации // Кардиология. 2001. № 10. С. 1-23.

3. Панченко Е.П. Антитромботическая терапия острых коронарных синдромов без подъёма сегмента ST // Consilium-medicum. 2010. № 3 (10). С. 472-479.

4. Шалаев С.В. Острые коронарные синдромы без подъема сегмента ST на ЭКГ: стратегия диагностики и лечения, основанная на оценке степени риска // Кардиология. 2011. № 7. С. 85- 88.

[1]Мухамедов Ш.Ш., [1]Каримов С.М., [2]Мухиддинов Ш.Д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В СИСТЕМЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФЕРМЕНТОСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Зубные протезы находятся в постоянном и непрерывном контакте с различными средами и жидкостями полости рта, поэтому длительность эффективного использования протезов зависит не только от функциональных механических нагрузок, но и биологических факторов, связанных с развивающимися процессами в тканях полости рта и на поверхности протеза [1, 2].

Цель исследования. Изучить степень эффективности ферментосодержащих зубных паст при лечении протетического гингивита в зависимости от расположения края коронки.

Материал и методы исследования. С целью лечения протетического гингивита в системе металлокерамической конструкции у 40 пациентов были использованы ферментосодержащие зубные пасты Lacalut Brilliant White Classic и Lacalut Brilliant White Menta. Зубные пасты этой группы, производимые фармацевтическим предприятием «Dr. Theiss Naturwaren GmbH» (г. Хомбург, Германия), обладают оригинальной рецептурой. В их состав входят: фториды в виде аминофторида, монофторфосфата, натрия фторида, абразивно-полирующие компоненты, пирофосфаты, а также научно-разработанный комплекс ферментов (декстраназа, инвертаза, глюкозооксидаза).

Результаты и их обсуждение. Как свидетельствуют полученные результаты, в начале исследования у лиц с расположением края металлокерамической коронки на уровне с десной состояние гигиены полости рта по индексу OHI-S в среднем составило 0,97±0,11, что соответствует удовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта. На фоне проведения чистки зубов и супраконструкционных элементов металлокерамического протеза с применением зубной пасты Lacalut Brilliant White Classic через 7, 21 и 30 дней средняя величина упрощенного индекса гигиены полости рта составила соответственно 0,52±0,10, 0,23±0,07 и 0,10±0,04 балла.

Изучение динамики упрощенного индекса по значениям наличия зубного камня показало, что применение исследуемой зубной пасты сводило на нет наличие камня супрапконструкционных элементов металлокерамического протеза по сравнению с исходной величиной (0,05±0,02).

Через 7 дней в группе обследованных с расположением края металлокерамической коронки на уровне с десной, среди которых использовалась зубная паста Lacalut Brilliant White Classic, индекс зубного налета снизился с исходной величины (1,06±0,15) до 0,63±0,08. Через 21 и 30 дней у пациентов этой группы значение исследуемого индекса составило соответственно 0,41±0,06 и 0,23±0,03 балла.

В ходе динамического наблюдения выяснилось, что налетоингибирующая эффективность исследуемой зубной пасты при супрагингивальном расположении края коронки была прослежена во всех сроках наблюдения. Если через 7 дней исследования эффективность использования пасты по ингибированию зубного налета составила 40,6% в сравнении с исходным значением, то через 21 и 30 дней в группе пробантов эффективность доходила до 61,32 и 78,30%.

Аналогичное исследование в динамическом аспекте проведено среди обследованных лиц с расположением края металлокерамической коронки в середине зубодесневой бороздки, где использовалась зубная паста Lacalut Brilliant White Menta. В начале исследования средний показатель упрощенного индекса гигиены полости рта (OHI-S) составил 1,73±0,25 баллов, что оценивается как протетический гингивит средней степени тяжести. Через 7 дней в группе обследованных величина индекса OHI-S снизилась до 0,92±0,11 балла, при среднецифровом значении 0,67±0,06 и 0,71±0,09 на 21 и 30 сутки наблюдения.

Полученные сведения позволяют отметить, что эффективность улучшения гигиены полости рта в группе обследованных с наличием субгингивального расположения края металлокерамической коронки через 7, 21 и 30 дней составило соответственно 46,82%, 61,27% и 58,96%. Вместе с тем, сопоставительный анализ позволяет отметить, что у лиц с расположением края коронки на уровне с десной соответствующие значения эффективности составляют 46,39%, 76,29% и 89,70%.

Заключение. Таким образом, эффективность использования гигиенических средств, на наш взгляд, впрямую зависит от уровня расположения края металлокерамической коронки. Несмотря на хороший гигиенический уход за полостью рта, субгингивальное расположение края коронки создает искусственные ретенционные участки, благоприятствующие скоплению налета, а также менее благоприятные условия для повышения эффективности результатов реализации гигиены супраконструкционных элементов металлокерамического протеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Холияров Х.М. Сравнительная оценка результатов лечения окклюзионных дефектов несъемными ортопедическими конструкциями // Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы. Душанбе, 2013. № 1. С. 11-14.
2. Холияров Х.М., Ашуров Г.Г. Оценка гигиенического состояния полости рта после протезирования окклюзионных дефектов зубного ряда несъемными протезами // Вестник Таджикского национального университета. Душанбе, 2012. № 1/1 (77). С. 174-178.

Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Курбонов Н.Г., Мукимов Ш.Г., Болтуев К.Х.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) и значительные затраты на ее лечение являются одной из проблем сегодняшней медицины. По данным литературы, этим заболеванием страдают до 10-15% взрослого населения [3, 7]. Несмотря на несомненные успехи хирургии ЖКБ и ее осложнений, результаты лечения далеко не всегда удовлетворяют врачей и пациентов. Значительное распространение ЖКБ, в том числе ее осложненных форм, увеличение частоты первичных и, особенно, повторных операций, приобрело социальное значение [2]. При холецистохоледохолитиазе, осложненном механической желтухой, основной проблемой остаются вопросы коррекции холедохолитиаза [6]. Если проблема диагностики острого холецистита в настоящее время решена, то с диагностикой холецистохоледохолитиаза все обстоит значительно сложнее в связи с тем, что отсутствуют специфичные признаки наличия камней в просвете желчных путей. С развитием малоинвазивных технологий эндоскопические, лапароскопические, минилапаротомные операции стали методами выбора в лечении холедохолитиаза. Однако до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных [1, 7].

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным механической желтухой.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов с холецистохоледохолетиазом, осложнённым механической желтухой. Среди них был 31 (41,3%) мужчина и 44 (58,7 %) женщины. Возраст больных колебался от 22 до 78 лет.

При поступлении всем проведены клинико-лабораторные (биохимический анализ крови, оценивали уровень билирубина, АСТ, АЛТ и ЩФ) и инструментальные (УЗИ, ФГДС, интрооперационная холедохоскопияи интраоперационная холангиография) методы исследования.

Показанием к выполнению интраоперационной холангиографии (ИОХГ) были: эхопозитивная структура ОЖП, существующая механическая желтуха, расширение диаметра общего желчного протока более 0,8-0,9 см и повышение биохимических показателей крови.

Всем пациентам перед операцией выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с обязательным осмотром области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). У 50 (89 %) больных не было желчи в просвете двенадцатиперстной кишки.

Традиционную холецистэктомию производили по стандартной методике, после выделения и перевязки пузырной артерии и пузырного протока, «холецистэктомия от шейки» или «от дна» в зависимости от конкретной клинической ситуации. Холедохолитотомию производили в су-

прадуоденальной части холедоха с последующей интраоперационной холангиографией или холедохоскопией. Во всех наблюдениях дренировали холедох по Kher и подпеченочное пространство.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований сопоставлялись с данными клинического наблюдения, операционными находками с использованием холедохоскопии и ИОХГ. Во время оперативных вмешательств конкременты, помимо желчного пузыря, были обнаружены в различных отделах общего желчного протока. После холецистэктомии в 27 случаях ревизию холедоха производили через пузырный проток, при его расширении в 48 случаях для удаления конкрементов из холедоха производили холедохотомию. После извлечения камней из холедоха после холедохоскопии наличие резидуальных камней выявили у 28 больных и у 33 - после выполнения ИОХГ.

Интраоперационных осложнений не отмечалось. Из послеоперационных осложнений в двух случаях наблюдали нагноение срединной раны в пределах подкожной клетчатки (1) и тотальную подкожную эвентрацию срединной раны (2). Производили релапаротомию с устранением эвентрации путем наложения вторичных швов.

Всем больным на 10-12 сутки после операции перед удалением дренажной трубки из холедоха выполняли холангиофистулографию.

Летальных исходов не было.

Заключение. Применение холедохоскопии и ИОХГ является высокоинформативным методом диагностики при холедохолитиазе во время оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аралова М.В., Глухов А.А. Характер оперативных вмешательств при холедохо-литиазе и его осложнениях // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17, № 2. С. 101-102.

2. Бордаков В.Н., Реуцкий И.П., Бордаков П.В. Современные методы диагностики холедохолитиаза // Военная медицина. 2014. Т.32, № 3. С. 94-101.

3. Борисов А.Е. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность) СПб. Полиграфическое исскуство, 2003. 174 с.

4. Ветшев П.С, Шулутко А.М., Прудков М.И. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, щадящие технологии // Хирургия. 2005. №8. С. 91-93

5. Калинина М.А., Мосягин В.Б., Заркуа Н.Э. Возможности лучевых и интервенционных методов верификации холедохолитиаза при лечении механической желтухи // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2011. Т. 3, № 4. С. 43-48.

6. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. М.: Медицина, 2000. 224 с.

7. Колкин Я.Г., Хацко В.В., Межаков С.В. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза // Украинский журнал хирургии. 2014. Т. 25, № 2. С. 130-135.

Назаров З.А., Расулзода С., Назаров Д.З.

ВОССТАНОВЛЕНЕ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Кафедра стоматологии Бохтарского филиала ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В современной стоматологической практике материалов, отвечающих требованиям, очень много, что позволяет обеспечить эффективное лечения зубов. Сначала нужно проинформировать пациента о предстоящем, поскольку воспринимаемая визуально степень дефекта зубного ряда не всегда объективно отражает необходимый объем вмешательств. Чем больше времени требуется на выполнение работы, тем выше ответственность стоматолога за формирование у пациента мотивации терпеливого отношения к лечебному процессу [1-5].

Цель исследования. Описание этапов изготовления эстетической реставрации на основе клинического случая изготовления адгезивной волоконной конструкции коронки центрального резца.

Материал и методы исследования. В качестве материала исследования ниже приведен пример сложной клинической ситуации, связанной с диссонансом зрительного восприятия дефекта (небольшой скол пигментированной коронки зуба) и требуемого объема восстановительной работы.

Клинический пример. Пациент Б., 42 лет, обратился с жалобами на скол эмали, предполагая,

что требуется минимум времени для лечения, поскольку болевых ощущений не отмечается. При осмотре определяется изменение цвета и размеров коронки 11-го зуба и незначительная его подвижность. Причиной дефекта является травма, полученная при падении несколько недель назад. Кроме нарушений цвета, наблюдается смещение резца и образование зияющего межзубного промежутка с дистальной стороны, а также гипертрофированная краевая десна данной области в виде разрастания грануляционной ткани.

Зондирование и перкуссия 11-го зуба безболезненны. Элекгроодонтометрия свидетельствует о некрозе пульпы (электровозбудимость выше 100 мкА). На рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели. Корневой канал свободен от пломбировочного материала, сообщения пульповой камеры с внешней средой не определяется.

Результаты обследования позволили поставить диагноз: хронический апикальный периодонтит; трема между 11-м и 12-м зубами; гиперпластический локализованный гингивит.

Пациент информирован о предстоящем объеме работы и невозможности выполнить ее в одно посещение. Необходимые манипуляции включают ис- сечение гипертрофированного участка десны, эндодонтические вмешательства, изготовление адгезивной конструкции, закрывающей трему, и винира.

Каждый этап требует использования различных материалов, инструментов, средств и методов, а также относительно продолжительных промежутков времени.

После информирования пациента и принятия им положительного решения медицинская бригада приступает к выполнению работы. До выполнения основного объема манипуляций осуществляется механическое очищение эмали и определение оттенков композита Спектрум (VOCO), который планируется использовать для восстановления зубного ряда.

Иссечение участка десны с разрастанием грануляционной ткани осуществляется специальным инструментом - тканевым триммером, который вращается в турбинном наконечнике. Керамическая головка вызывает коагуляцию путем облитерации кровеносных капилляров. Затем начинается эндодонтическое воздействие.

Первый этап - обеспечение доступа к корневому каналу - осуществляется шаровидными борами вначале малого, а затем большего размера. Полностью иссекается крыша пульповой камеры, удаляется коронковая пульпа, расширяется устье канала. Под ванночкой из антисептика извлекается путридный распад из канала, производится механическая и медикаментозная обработка с последующим пломбированием методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов

В качестве силлера используется цинк-эвгенольный цемент Канасон (VOCO), который обеспечивает качественную адгезию гуттаперчи и дентина корневого канала, затем выполняется рентгеноконтроль.

Гуттаперчевые штифты срезаются на уровне устья канала. Полость тщательно промывается, высушивается. Корневой наполнитель изолируется прокладкой из стеклоиономерного цемента, отпрепарированная полость заполняется светоотверждаемым композиционным материалом. Далее следует этап восстановления зубов, включающий препарирование вестибулярной поверхности 11-го зуба для формирования «ложа» под винир и создание площадок на 11-м и 12-м зубах с целью фиксации стекловолоконной конструкции, которая закроет зияющий промежуток.

В целях подготовки вестибулярной поверхности для моделирования винира используется комплект боров различной формы, размеров и степени зернистости. Снимается слой эмали толщиной 0,5-0,8 мм на вестибулярной поверхности, затем проводится обработка поверхности инструментами с меньшим диаметром алмазной крошки. Площадки для размещения укрепляющих адгезивных стекловолокон ГрандТЕК (VOCO) занимают площадь 2×2 мм, слегка углубляясь в эмаль.

После завершения препарирования зубы промываются струей воды, отпрепарированные поверхности 11-го и частично 12-го зубов просушиваются и подвергаются кислотному воздействию. Через 30 секунд гель удаляется, подготовленная поверхность обильно промывается, просушивается и покрывается равномерным слоем адгезива.

Адгезив-бонд отверждается галогеновым светом. Площадки для фиксации ГрандТЕК покрываются тонким слоем текучего фотополимера Подготовленный заранее отрезок армирующей ленты укладывают таким образам, чтобы он закрывал зияющий промежуток. На вестибулярной поверхности латерального резца лента маскируется опаковым композитом. Затем моделируется эмалевый слой. Для этого вся поверхность опакового слоя покрывается прозрачным эмалевым композитом.

После завершения фотополимеризации производится обработка поверхности реставрации мелкозернистыми алмазными финирами, а затем полировальными головками. Зубы вокруг реставрации покрываются фторлаком.

Заключение. Современные технологии в терапевтической стоматологии позволяют моделировать реставрации, являющиеся альтернативой более сложных и дорогостоящих ортопедических

конструкций, в ряде случаев требующих значительного препарирования зубов. Адгезивные армирующие волокна обеспечивают достаточную устойчивость конструкции, а светоотверждаемые композиционные материалы соответствуют всем эстетическим требованиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луцкая И.К., Новак Н.В. Мастер-класс по эстетической стоматологии. М., 2009. 144 с.

2. Луцкая И.К. Современные пломбировочные материалы и методы работы в восстановительной стоматологии. Ростов-на-Дону, 2004. 413 с.

3. Назаров З.А., Абдуллоев И.Б. Кори дандонсозї. Душанбе. Шарки озод, 2017. 508 с.

4. Behr M., Rosentritt M., Ledwinsky E., Handel G. Fracture resistance and marginal adaptation of conventionally cemented fiber-reinforced composite three-unit FPDs // Int. J. Prosthodont. 2002. Vol.15. P.465–470.

5. Freilich, M.A., Meiers J.C. Fiber-reinforced composite prostheses // Dent. Clin. North Am. 2004. Vol.48. P.543–560.

[1,2]*Назаров Х.Н.*

ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ И ИЗОЛИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вахидова

Актуальность. Остеосинтез переломов длинных костей нижних конечностей характеризуется высоким процентом осложнений, таких как нагноение, жировая эмболия, остеомиелит, псевдоартроз, поломка фиксатора и последующая миграция на мягкие ткани [1]. Избежать подобных проблем позволяет использование малоинвазивных методов остеосинтеза, в частности закрытый интрамедуллярный остеосинтез с блокированием, применение которого позволяет достичь прочной фиксации отломков без нарушения их кровоснабжения [2, 4]. Применение блокированного закрытого интрамедуллярного остеосинтеза сократит время оперативного вмешательства, обеспечит анатомическое малотравматичное вправление костей, создаёт необходимую контролируемую компрессию, благоприятные условия для сращения, ранней социальной и бытовой адаптации больных и восстановить их работоспособность [3].

Цель исследования. Определение эффективности вида остеосинтеза и снижение послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе лечения 122 пациентов с 135 переломами длинных костей нижних конечностей (ПДКНК). Из них 68 пострадавших с политравмой, имевших 81 ПДКНК, а 54 больных - с изолированным ПДКНК. Все пациенты проходили лечение в период с 2013 по 2017 гг. Мужчины составили 76% пострадавших. Средний возраст пациентов 36,7±0,62 года. Переломы бедренной кости были в 48 случаях, переломы костей голени - в 87 случаях. Открытые переломы I степени были в 12 случаях, а II-III степени по R. Gustilo и J.Anderson определены - при 17 ПДКНК. Для остеосинтеза использованы малоконтактные пластины АО, пластины с угловой стабильностью, аппараты наружной фиксации (АНФ) и титановые интрамедуллярные имплантаты производства «Chm» (Польша). Методика выполнения остеосинтеза соответствует хирургической технике, рекомендованной производителем имплантатов.

Результаты и их обсуждение. Остеосинтез малоконтактной пластиной АО применен у 38 пострадавших с 41 переломами (бедро 18, голени 23). Остеосинтез пластиной с угловой стабильностью использован при 20 ПДКНК (бедра - 7, голени - 13) у 18 пациентов. Аппараты наружной фиксации (АНФ) применены у 16 больных с 19 ПДКНК (бедра - 7, голени - 12), из них, в 8 случаях применялись как промежуточный метод фиксации, которым заменено имплантантами БИОС «Chm» (Польша). Методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием «Chm» (Польша) применена первично у 50 пациентов с 55 ПДКНК (бедра - 16, голени - 39). Остеосинтез мы выполняли на 3-5 сутки с момента поступления

пациентов, после стабилизации гемодинамики. В случае открытых переломов выполняли первичную хирургическую обработку ран, стабилизацию переломов в день поступления осуществляли при помощи аппаратов внешней фиксации или скелетного вытяжения. Остеосинтез пластинами и штифтами с блокированием выполнен на 6-10 сутки с момента травмы, при отсутствии признаков инфицирования ран. У двух пациентов с открытым переломом бедренной кости, остеосинтез был выполнен первично при поступлении. В послеоперационном периоде у больных с остеосинтезом пластиной АО применена гипсовая иммобилизация, при остеосинтезе пластиной с угловой стабильностью и закрытом интрамедуллярном остеосинтезе штифтами проводилась эластичная компрессия оперированных конечностей до полной мобилизации пациента. У последней группы пациентов значительно сократилась потребность в переливании компонентов донорской крови, уменьшилась потребность в антибиотиках. Пассивные движения в суставах оперированной конечности начинали на вторые сутки с момента операции. Решение об осевой нагрузке принимали индивидуально у каждого пациента в зависимости от типа и локализации перелома, наличия сопутствующих повреждений и их тяжести.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 104 (85,2%) пострадавших с 112 (83,0%) ПДКНК. У пострадавших, которым был применён остеосинтез пластиной АО и АНФ, осложнения со стороны металлоконструкций и раневых осложнений при открытых переломах, несращения и ложные суставы, анатомо-функциональные, а также тромбоэмболические осложнения отмечались в 12,9% и 9,2% соответственно. У пациентов, которым был применён остеосинтез пластиной с угловой стабильностью и закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтами, осложнения значительно снизились - до 6,3% и 3,8% соответственно.

Заключение. Применение остеосинтеза пластиной с угловой стабильностью и закрытого интрамедуллярного остеосинтеза штифтами способствовало снижению осложнений со стороны металлоконструкций, и раневых осложнений при открытых переломах, несращений и ложных суставов, анатомо-функциональных, а также тромбоэмболических осложнений до 6,3% и 3,8% соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсоманов А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А. и соавт. Остеосинтез диафизарных переломов трубчатых костей нижних конечностей. Критерии выбора метода остеосинтеза. / Достижения российской травматологии и ортопедии. //Материалы XI Всероссийского съезда травматологов – ортопедов. Санкт-Петербург, 2018. Т. II. С. 128-131.

2. Петров А.Н., Самохвалов И.М., Бадалов В.И. Хирургические методы профилактики и лечения ТЭЛА у пострадавших с политравмой. В кн.: Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. // II Московский международный конгресс травматологов и ортопедов. Сборник тезисов. М., 2011. С. 168.

3. Селецкий А.В., Кезля О.П., Ярмолович В.А. и соавт. Применение блокированного интрамедуллярного остеосинтеза у пациентов с сегментарными переломами большеберцовой кости. В кн.: Достижения российской травматологии и ортопедии. //Материалы XI Всероссийского съезда травматологов – ортопедов. Санкт-Петербург, 2018. Т. II. С. 541-542.

4. Weninger P., Figl M., Spitaler R. et all. Early undreamed intramedullary nailing of femoral fractures is safe in patients thoracic trauma. // J Trauma. 2007. Vol. 62, N3. P. 692-696.

[1]Назаров Х.Н., [2]Линник С.А.

ИМУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургии отделения ГОУ ИПО в СЗ РТ г.Бохтар, Таджикистан.
[2]Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Анализ неудовлетворительных исходов лечения пострадавших с переломами костей нижних конечностей, особенно при политравме, выявляет ряд закономерностей:

– гнойно-некротические осложнения не имеют тенденции к снижению, и составляют 60%;

– средние сроки восстановления трудоспособности – 140-380 дней;

– выход на инвалидность – до 50%.

Частота остеомиелита колеблется в пределах от 7% до 20,0%, достигая при оскольчатых переломах 38,0% [1, 4, 5]. При гнойной инфекции наблюдается неадекватный иммунный ответ, проявляется иммунодепрессия, которая связана с нарушением активации лимфоцитов и угнетением Т-звена иммунной системы [2, 7], а использование антибиотиков во время лечения приводит к торможению иммунного ответа, так как антибактериальные препараты обладают выраженным иммуносупрессивным действием [3, 8].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с переломами длинных костей нижних конечностей при политравме, осложненных хроническими остеомиелитами.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 112 больных с хроническим остеомиелитом, возникшим после лечения переломов длинных костей нижних конечностей при политравме. Больные разделены на 2 группы. Контрольную группу составил 41 больной, которые лечились по общепринятой методике с 2004 по 2009 гг. в ОКБ города Бохтар имени Б. Вохидова Республики Таджикистан. Основную группу составил 71 пострадавший, из них 56 лечились в отделении гнойной остеологии клиники травматологии и ортопедии ГОУВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава РФ города Санкт-Петербург и 15 пострадавших в ОКБ города Бохтар с 2010 по 2017 гг. В основной группе больных в схему комплексного лечения было включено введение иммуномодулятора – деринат. При возрастном распределении больных в основной и контрольной группах преобладали пострадавшие в возрасте 31-50 лет, по 55,4% и 56,1% соответственно. Причиной травмы были ДТП, по 78,5% и 78,0% соответственно, падение с высоты (кататравма) - 13,8% и 12,2% в группах. В зависимости от локализации воспалительные очаги чаше встречались в области голени - соответственно 61,5% и 63,4%.

Статистически достоверных отличий у больных обеих групп по локализации хронического остеомиелита не выявлено (P> 0,05).

Результаты и их обсуждение. В схему комплексного лечения больных основной группы наряду с радикальной хирургической обработкой очага остеомиелита, целенаправленной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапией, физиотерапевтическим лечением, лечебной физкультурой было включено введение иммуномодулятора – дерината. Деринат (дезоксирибонуклеинат натрия) – высокоочищенная натриевая соль нативной дезоксирибонуклеиновой кислоты, растворенная в 0,1% водном растворе хлорида натрия, биологически активное вещество, выделенное из молок осетровых рыб. Молекулярная масса 270 – 500 кД, гипохромный эффект не ниже 37%, белок менее 1%. Деринат вводили внутримышечно в виде 1,5% раствора по 5 мл ежедневно на протяжении 5 дней. В последующем через 72 часа по 5 мл, 5 инъекций. После лечения в группах с использованием дерината более значимо выросло относительное число лимфоцитов, уменьшилась доля нейтрофилов и показатели СОЭ по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует об уменьшении воспалительной реакции.

Также определено содержание лимфоцитов до операции и в динамике после операции в обеих группах. До операции содержание лимфоцитов в обеих группах достоверно не отличалось между собой. Обнаружено, что у больных с хроническими остеомиелитами при поступлении в стационар определялась лимфопения и достоверное снижение относительного содержания CD3-эксперссирующих Т-лимфоцитов (36,2±1,78 при норме 51,22±1,14). Абсолютное количество Т-лимфоцитов приближается к показателям нормы, поскольку общее количество лимфоцитов у больных с хроническими остеомиелитами достоверно не изменяется. На 7 сутки отмечается достоверное повышение уровня CD3(+)-лимфоцитов у больных в основной группе (42,18±1,47), по сравнению с больными контрольной группы (37,54±1,56). На 14 сутки определяется повышение CD(+)-лимфоцитов в основной группе (42,51±1,74). Через месяц, перед выпиской также достоверно наблюдается повышение уровня CD(+)-лимфоцитов, по сравнению с контрольной группой, но остается сниженным, по сравнению с нормой. Определён также субпопуляционный состав Т-лимфоцитов при хроническом остеомиелите. Уровень содержания Т-хелперов (CD4(+) -лф) при поступлении больных в стационар выше нормы. Увеличение количества субпопуляций Т-лимфоцитов отражается на величине иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который служит критерием оценки глубины иммунных нарушений при различных патологических процессах. При повышении количества CD8(+)–лф установлена депрессия ИРИ. Данное изменение количества Т-лф и основных регуляторных субпопуляций данных клеток характерно для стадии развернутой картины инфекционно-воспалительного процесса и говорит о наличии прогностически неблагоприятной выраженной иммунной недостаточности. При анализе CD4 лимфоцитов на 7 сутки определяется снижение лимфоцитов в

основной группе (0,76±0,031) по сравнению с контрольной группой. В дальнейшем уровень CD4-лф возрастал на 14 сутки после операции и нормализовался перед выпиской. Также после введения дерината в первые сутки после операции определялось достоверное снижение CD8(+) - лимфоцитов и наиболее близки данные были к норме, перед выпиской показатели также были ниже, чем в контрольной группе, где показатели на протяжении всего лечения оказались незначительно снижены по сравнению с исходными.

Таким образом, использование в лечении препарата деринат приводит к нормализации величин CD4/CD8. Это свидетельствует об эффекте действия комплекса противовоспалительных цитокинов на пролиферацию, дифференцировку и функциональную активность иммунорегуляторных Т-хелперов первого порядка и приводит к выведению организма больных из состояния приобретенной иммунной недостаточности.

При анализе клинических результатов лечения в двух группах пациентов отдаленные результаты удалось проследить у 91 (81,3%) больных; из них 38 (41,8%) – контрольная группа, 53 (58,2%) – основная группа. В основной группе пострадавших, где в составе комплексного лечения нами применялся деринат, хорошие результаты получены в 82,3%, а в контрольной группе, хороших результатов было 70,3%. Удовлетворительных результатов в основной и контрольной группе было 11,8% и 16,2% соответственно. Число неудовлетворительных результатов в основной группе, составило 5,9%, в контрольной группе – 13,5%.

Заключение. Таким образом, на основании анализа послеоперационных осложнений, отдаленных результатов и данных иммунологических исследований у больных с хроническим остеомиелитом имеются явления эндогенной интоксикации, снижение иммунологических сил организма, заболевание носит хронический характер. Для достижения успеха в комплексном лечении наряду с хирургической обработкой гнойного очага должны применяться иммуномодуляторы. Для этих целей успешно может применяться деринат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирасланов Ю.А., Иванов А.П., Борисов И.П. Лечение переломов длинных костей, осложненных гнойной инфекцией. В кн.: Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. // II Московский международный конгресс травматологов и ортопедов: Сборник тезисов. М., 2011. С. 113.

2. Бобровский Н.Г., Гаврищук Я.В. Лечение посттравматического остеомиелита у пострадавших с политравмой // Юбилейная международная научно – образовательная конференция «Модернизация помощи больным с тяжелой сочетанной травмой» TRAUMA 2013. М., 2013. С. 54.

3. Линник С.А., Гуманенко Е.К., Кабанов М.Ю., Хромов А.А., Кучеев И.О. Гнойно – септические осложнение у пациентов при политравме // X юбилейный всероссийский съезд травматологов – ортопедов. – М., 2014. С. 136-137.

4. Мироманов А.М. Переломы длинных костей конечностей: прогностические критерии развития осложнений: дисс. … док. мед. наук. Курган., 2013. 245 с.

5. Миронова О.Б., Мироманов А.М. Доклиническая диагностика хронического травматического остеомиелита при высокоэнергетических травмах. В кн.: Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. // II Московский международный конгресс травматологов и ортопедов: Сборник тезисов. М., 2011. С. 66-67.

6. Сергеев И.И., Апагуни А.Э., Власов А.Ю. и соавт. Осложнения в отделении сочетанной травмы травмоцентра первого уровня // Юбилейная международная научно – образовательная конференция «Модернизация помощи больным с тяжелой сочетанной травмой» TRAUMA 2013. М., 2013. С. 124 - 125.

7. Сироджов К.Х., Раззаков Ф.А., Батыров Ф. Изменение отдельных звеньев клеточного и гуморального иммунитета при политравме и пути их коррекции // Материалы I съезда травматологов – ортопедов Таджикистана с международным участием. Душанбе, 2009. С. 274-276.

8. Borovic E., Pevlovschi E. Open fractures of long tubular bones in politravmatisms: risk of the inflammatory processes, interleukins and procalcitonins indices in the blood. // X All-Russian Jubilee Jubilee Congress of Trauma - Orthopaedic. M., 2014. P. 89.

[1,2]Назирбоев К.Р., [1,2]Курбонов К.М., [1]Ёров С.К.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

[1]Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, число больных с распространенным перитонитом (РП) неуклонно растет и не имеет тенденции к снижению [1, 2]. При хирургическом лечении больных РП основной и главной задачей является устранение источника РП, ограничение или неустранение причины перитонита, невыполнение чего в большинстве случаев сопровождается прогрессированием заболевания и диктует необходимость обязательного выполнения релапаротомии, при этом летальность достигает 30-70% [3]. Радикальное удаление источника РП у больных хирургическими заболеваниями желудка и тонкой кишки, а также послеоперационным перитонитом требует особого подхода к радикальному устранению источника РП.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения распространенного перитонита, обусловленного патологией полых органов.

Материал и методы исследования. В клинике хирургических болезней №1 на базе ГУ ГЦ СМП и Комплекса здоровья «Истиклол» г. Душанбе оперировано 124 пациента с хирургическими заболеваниями желудка, тонкой кишки и послеоперационными осложнениями, сопровождавшихся РП. Мужчин было 89 (74,2%), женщин – 35 (25,8%). Возраст пациентов составил от 24 до 75 лет. Причинами возникновения РП в наших наблюдениях были острые хирургические заболевания желудка, тонкой кишки и их травмы, а также послеоперационные осложнения, требующие выполнения релапаротомии и радикального удаления источника РП. В 21 (16,9%) наблюдении РП возник вследствие перфорации гастродуоденальных язв, в 19 (15,3%) – острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости и некроза кишечника, в 17 (13,7%) - ущемленных грыж, в 12 (9,7%) – острого мезентериального тромбоза, в 10 (8,0%) случаях вследствие повреждения (разрывов) тонкой кишки, в 5 (4,0%) наблюдениях - при перфорациях острых язв тонкой кишки, в 18 (14,5%) - несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов, в 15 (12,0%) - при наличии тонкокишечных свищей и в 7 (5,6%) - несостоятельности ушитых перфораций гастродуоденальных язв.

Наличие РП устанавливали на основании комплексного клинического, лабораторного и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале APACHE II, прогноз исхода заболевания - по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ). В большинстве случаев - 90 (72,9%), согласно шкале APACHE II, из 124 степень тяжесть состояния пациентов составила 11-20 баллов (n=69) и более 20 баллов (n=21), что оценивалось как тяжелое состояние. По шкале МПИ данные были практически идентичными.

Исследования показало, что в 95 (76,6%) случаях РП сопровождался синдромом кишечной недостаточности I-II степеней, а в 87 (70,1%) еще и синдромом внутрибрюшной гипертенизии I-II степеней. Определение показателей эндотоксемии по мере прогрессирования заболевания и распространенности процесса нарастало. Так, показатели маркеров эндотоксемии ЛИИ (7,2±1,3 усл.ед.), МСМ (1230±184,2 мкмоль/л), а также уровень цитокинов ФНОα – (12,4±1,8) и ИЛ-6 (24,9±1,7) были значительно повышенными.

Обстоятельство затруднено тем, что формирование энтеростомы в этих ситуациях вызывает большие потери кишечного содержимого, что приводит к быстрому нарушению водно-электролитного, белкового обменов и летальному исходу. Отказываясь от формирования первичного анастомоза в условиях РП, хирурги «предопределяют» неизбежную необходимость повторных операций в неблагоприятных условиях.

В связи с этим на основании проведенных комплексных обследовании больных РП в клинике разработаны объективные критерии показаний и противопоказаний к выполнению радикальных резекционных оперативных вмешательств при хирургической патологии полых органов брюшной полости (табл. 1).

Нестандартные клинические ситуации и объективные предпосылки дали основание в каждом конкретном случае выбрать индивидуальный подход к выбору объема и способа оперативного вмешательства в зависимости от хирургической ситуации (табл. 2).

Таблица 1

Критерии показаний к выполнению резекционных методик у больных РП

Критерии	***Показания***	***Противопоказания***
Возраст до 50 лет Старше 50 лет	+ 	 +
Давность перитонита до 4 суток Более 4 суток	+ 	 +
Шкала APACHE II до 20 баллов более 20 баллов	+ 	 +
Шкала МПИ до 30 баллов более 30 баллов	+ 	 +
Индекс брюшной полости: до 21 более 22	+ –	– +
Наличие некроза тонкой кишки	+	
Множественные перфорации или повреждения тонкой кишки и её брыжейки	+	
Острый мезентеральный тромбоз Множественные тонкокишечные свищи Несостоятельность швов сформированных тонкокишечных анастомозов и ушитых перфораций	+ + +	
Показатели ИЛ-6 до 12 баллов более 12 баллов	+ 	 +
Показатели ФНОα до 6,4 баллов более 6,4 баллов	+ 	 +
Отсутствие абдоминального сепсиса	+	
Абдоминальный сепсис	+	
Тяжелый абдоминальный сепсис		+

Таблица 2

Характер радикальных оперативных вмешательств при РП

Название операций	***Количество***	***%***
Резекция желудка по Бильрот I, санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	9	7,3
Резекция желудка по Ру. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	12	9,7
Резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза бок в бок. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	37	29,8
Резекция тонкой кишки с формированием анастомоза конец в конец. Санация и дренирования брюшной полости и тонкой кишки	13	10,5
Резекция тонкой кишки с анастомозом бок в бок и илеостомией. Санация и дренирования брюшной полости и тонкой кишки	13	10,5
Релапаротомия. Резекция несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов с У-образным анастомозом. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	18	14,5
Резекция тонкокишечного свища с анастомозом бок в бок и экстраперитонизация в межмышечные пространства. Санация и дренирование брюшной полости	15	12,9
Резекция желудка по Ру с формированием дуоденоеюноанастомоза. Санация и дренирование брюшной полости	7	5,7
Всего	124	100

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались в 57 (45,9%) наблюдениях различного характера, летальный исход - в 41 (33%) наблюдении.

Следует отметить, что высокая летальность при резекционных методиках в условиях РП обусловлена не объемом выполненных операции, а тяжестью основного заболевания и вызванной органной недостаточностью. На наш взгляд, лишь своевременное и радикальное удаление источника внутрибрюшной инфекции ликвидирует возникновение и прогрессирование перитонита и полиорганной недостаточности. Так, летальный исход у пациентов при выполнении резекционных радикальных вмешательств без наличия абдоминального сепсиса составил 10 (8%) случаев, а при наличии абдоминального сепсиса и органной дисфункции - 31 (24%).

Выводы

1. Для выбора радикального оперативного вмешательства в условиях РП необходим строгий индивидуальный подход с учетом стадии заболевания, данных шкал APACHE II, МПИ, ИБП, а также характера патологии вызвавший перитонит.

2. Радикальное удаление источника перитонита с реконструктивно-восстановительными вмешательствами, имеющее вынужденный характер, позволяет избежать прогрессирования заболевания и полиорганной недостаточности как главных факторов летальности за счет удаления источника интраабдоминальной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глабай В.П., Исаев А.В., Архаров А.В. О возможности резекционных методик операции в условиях распространенного перитонита //Вестник клинической и экспериментальной хирургии. 2011. №4. С.824-830.

2. Исаев А.В. Резекция полых органов брюшной полости в условиях распространенного перитонита: автореф. дисс…канд.мед.наук. М., 2012. 21 с.

3. Николаев Я.Ю. Профилактика и хирургическое лечение несостоятельности швов у больных и пострадавших с заболеваниями и травмами органов желудочно-кишечного тракта: автореф. дисс. …канд.мед.наук. Казань, 2011. 20 с.

Насимов Б.Т.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ТРАНСОРАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЧЕРЕЗ ПРЕДДВЕРИЕ РТА (TOETVA)

Кафедра факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ»

Актуальность. Одним из осложнений при оперативных вмешательствах на щитовидной железе (ЩЖ) является грубый послеоперационный рубец, нарушающий качество жизни пациентов, особенно молодого возраста.

На сегодняшний день для минимизирования послеоперационных рубцов после вмешательств на ЩЖ применяются эндоскопические операции, направленные на уменьшение хирургической травмы, послеоперационного рубца и снижение послеоперационного реабилитационного периода и, в целом, улучшение качества жизни пациентов, особенно женского пола. Проблема минимизации послеоперационных рубцовых изменений на передней поверхности шеи сохраняет свою актуальность до настоящего времени [1, 2].

В последние годы в зарубежной литературе появились работы, посвящённые эндоскопическим трансоральным методам операций на щитовидной железе. Однако, учитывая некоторые особенности, метод трансорального доступа при операциях на ЩЖ пока не нашел широкого применения в хирургии ЩЖ. Эндоскопические трансоральные операции на ЩЖ подразумевают проведение эндотрахеального наркоза через нос при использовании высококачественной видеосистемы, мониторинга состояния возвратного нерва с возможностью мониторирования ВГН при эндоскопии и мининвазивных энергетических устройств коагуляции. Появление современных видеосистем, УЗ-скальпеля, монитора ВГН отработка и совершенствование методики эндоскопических

операций на ЩЖ вновь сделали актуальным возможность применения трансорального доступа в хирургии ЩЖ [3, 4, 5].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов, оперированных по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний ЩЖ, путем применения трансорального эндоскопического метода операций на ЩЖ с мониторированием ВГН.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 37 пациентов, оперированных в клинике Факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ФГАОУ ВО «ПМГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ» с диагнозами: узловой зоб (18 пациентов), многоузловой зоб (8 пациентов) объем ЩЖ ≤ 50 см³), диффузный токсический зоб (5 пациентов), первичный гиперпаратиреоз, аденома околощитовидной железы (6 пациента).

На предоперационном этапе пациенты обследованы по стандарту оказания медицинской помощи больным с заболеваниями ЩЖ. Всем больным проведено комплексное клиническое и лабораторное исследование, непрямая ларингоскопия до и после операции, консультация ЛОР.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам хирургические вмешательства выполнялись трансоральным эндоскопическим доступом через преддверие рта, с интраоперационным мониторированием ВГН.

Тиреоидэктомия выполнена 13 больным (35,1%), гемитиреоидэктомия - 18 (48,6%), парааденомэктомия по поводу аденомы ОЩЖ - 6 16,2%. Хирургические вмешательства выполнялись с интраоперационным мониторированием ВГН.

При тиреоидэктомии ВГН удалось идентифицировать с обеих сторон в 100% наблюдениях (13 пациентов), при гемитиреоидэктомии в 83% наблюдениях (у 15 пациентов), и на всех этапах оперативного вмешательства контролировали анатомическую и функциональную целостность ВГН с помощью моно- и биполярных электродов МЦН.

В исследуемой группе в раннем послеоперационном периоде кровотечения не наблюдалось. Мы это связываем с тем, что уверенное использование УЗ-скальпеля и мониторирования ВГН на всех этапах хирургического вмешательства позволяло достигнуть надежного гемостатического эффекта.

В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечены кровоподтеки на коже нижней челюсти и в области подбородка, которые исчезли через 14 дней после операции. Отмечена быстрая реабилитация пациентов, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, лучший косметический эффект. Швы в преддверие рта сняты на 5-6-ые сутки после операции.

Заключение. Трансоральный эндоскопический доступ при операциях на щитовидной и паращитовидной железах является безопасным методом, снижает послеоперационный болевой синдром, уменьшает послеоперационный реабилитационный период в целом.

По сравнению с другими методами эндоскопических операций на ЩЖ и ПЩЖ, эта методика является технически более удобной для хирурга, что позволяет уменьшить длительность оперативного вмешательства, значительно улучшает качество жизни пациента, дает хороший косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубский С. В. Эндовидеохирургия щитовидной железы// Сибирский онкологический журнал. 2003. № 1. С. 40-41.

2. Егиев В. Н. Проблемы и перспективы эндовидеохирургических вмешательств при узловых образованиях щитовидной железы// Журнал им. Н. И. Пирогова. 2004. № 6. С. 59-62.

3. Емельянов С. И. Эндоскопический подход к выполнению хирургических вмешательств на щитовидной железе/ С.И. Емельянов, В. В. Феденко, И. Е. Хатьков // Эндоскопическая хирургия. 2000. № 3.С. 26-28.

4. Bellantone R., Lombardi C. Central neck lymphnode removal during minimaily invasive video-assisted thyroidectomy for thyroidcarcinoma// Laparoendosc. Adv. Surg. 2002. No. 3. P. 181-182.

5. Randolph G.W. Surgical anatomy of the recurrent laryngeal nerve // Surgery of the thyroid and parathyroid glands. Elsevier. 2003. P. 300-342.

Насимов Б.Т., Ипполитов Л.И.

МОНИТОРИРОВАНИЕ ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кафедра факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ»

Актуальность. Одним из грозных осложнений при оперативных вмешательствах на щитовидной железе (ЩЖ) является повреждение возвратного гортанного нерва (ВГН). Частота этого осложнения составляет от 0,2% до 22% наблюдений при первичных и до 63% - при повторных операциях [2]. Проблема ятрогенного повреждения ВГН сохраняет свою ак¬туальность до настоящего времени. Основной предмет дискуссии составляет вопрос целесообразности и безо¬пасности выделения ВГН [3].

В последние годы в зарубежной литературе появились работы, посвящённые мониторированию периферических нервов в ЛОР, челюстно-лицевой хирургии и в хирургии ЩЖ [1, 3]. Операции на ЩЖ подразумевают проведение эндотрахеального наркоза, при котором неизбежно используются миорелаксанты. Вместе с тем, использование препаратов этой группы делает мониторирование невозможным, так как они блокируют нервно-мышечную передачу. Появление современных ингаляционных анестетиков, отработка проведения обезболивания с использованием миорелаксантов короткого действия и совершенствование методики мониторирования ВГН вновь сделало актуальным возможность применения мониторирования в хирургии ЩЖ.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения доброкачественных и злокачественных заболеваний ЩЖ путем разработки объективного метода профилактики интраоперационных повреждений ВГН в реальном масштабе времени.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 105 пациентов, оперированных в клинике Факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ФГАОУ ВО «ПМГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ» с диагнозами: рак ЩЖ (29 пациентов), рецидивный зоб (25 пациентов), диффузный токсический зоб (21 пациентов), многоузловой зоб (объем ЩЖ $\geq$ 70 см³) (28 пациентов), первичный гиперпаратиреоз, аденома околощитовидной железы (2 пациента).

Всем больным проведено комплексное клиническое и лабораторное исследование, непрямая ларингоскопия до- и после операции, консультация ЛОР, электрофизиологические исследования ВГН с помощью монитора целостности нерва «NIM NEURO 3.0- Medtronic» по предложенной 3-этапной методике.

1-ый этап мониторирования: поиск и идентификация ВГН.

2-ой этап мониторирования: поддержка в диссекции.

3-ий этап мониторирования: подтверждение сохранности ВГН.

Данные с экрана МЦН фиксируются и сохранялись в памяти устройства в формате PDF Adobe. Процесс мониторирования в ходе оперативного вмешательства визуально контролировался на мониторе МЦН. После операции все протоколы мониторирования распечатывались, и один экземпляр вкладывался в историю болезни в дополнение к протоколу операции.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам хирургические вмешательства выполнялись по экстрафасциальной методике с интраоперационным мониторированием ВГН с помощью МЦН по 3-этапной методике. Тиреоидэктомия выполнена 66 больным (62,8%), тиреоидэктомия с ЛАЭ 29 больным (27,6%), субтотальная резекция ЩЖ с оставлением участков неизмененных верхних полюсов - 8 больным (7,7%), парааденомэктомия по поводу аденомы ОЩЖ - 2 больным (1,9%). В исследовании вошли 2 пациента (1,9%) с диагнозом аденома ОЩЖ, у которых в анамнезе имелась тиреоидэктомия.

ВГН удалось идентифицировать с обеих сторон в 100% наблюдениях (105 пациентов), и на всех этапах оперативного вмешательства контролировали анатомическую и функциональную целостность ВГН с помощью моно- и биполярных электродов МЦН по предложенной 3-этапной методике.

В послеоперационном периоде 1 пациент (0,95%) предъявлял жало¬бу на изменение голоса в виде появившейся охриплости, нарушения дыхания (одышку). При контрольной непрямой ларингоскопии на 2-е сутки после операции у больного констатирован односторонний парез голо¬совой складки. Больному проведено комплексное лечение, направленное на восстановление подвижности голосовых складок и включающее в себе антихолинэстеразные препараты, глюкокортикоиды, витамины группы «В», после чего отмечено полное восстановление функций голосовых складок. Более активное и уверенное применение энергетических методов гемостаза: Ligasure, УЗ-диссектор - в свою очередь

позволяло достигнуть надежного гемостатического эффекта. В исследуемой группе в раннем послеоперационном периоде кровотечений не наблюдалось.

Заключение. Разработанная 3-этапная методика интраоперационного мониторирования ВГН с помощью МЦН при различных операциях на ЩЖ безопасна, высокоэффективна, позволяет сократить продолжительность операции и частоту осложнений в целом.

При различных операциях на ЩЖ с использованием МЦН транзиторное повреждение ВГН отмечено у 1 больного (0,9%). Стойких повреждений ВГН не было. Во всех наблюдениях удалось идентифицировать, контролировать анатомическую и функциональную целостность ВГН (100%).

Предложенный 3-этапный метод мониторирования позволяет достоверно оценить не только анатомическую целостность, но и функциональную сохранность ВГН, что особенно показано при расширенных и повторных вмешательствах на ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингариди К.Е., Салиба М.Б. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе// Хирургия. 2001. № 10. С. 47-50.

2. Lahey F. Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy// Surg. Gynecol. Obstet. 1958. Vol. 66, No. 1. P. 757-758.

3. Chiang FY, Lou IC, Kuo WR. The mechanism of the recurrent laryngeal nerve during thyroid surgery- the use of intraoperative neuromonitoring// Surgery. 2008. Vol. 143, No. 6. P. 743-749.

[1]Олимов А.М., [2]Мирзоев М.Ш., [2]Рашидов Х.Т., [2]Сафаров С.А.

ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМАХ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА

[1]Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. По данным литературы, среди всех скелетных повреждений частота переломов костей лицевого черепа составляет от 3,2% до 8,0% [1]. Переломы нижней челюсти встречаются в подавляющем большинстве случаев (79,7%) [2]. По данным ряда авторов, переломы суставного отростка среди всех переломов нижней челюсти встречаются от 25% до 41% случаев [3, 4, 5].

Цель исследования. Усовершенствовать оперативные методы лечения переломов суставного отростка нижней челюсти.

Материал и методы исследования. В отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии ГУ НМЦ РТ в период с 2015 по 2017 годы проанализировано 65 историй больных с переломами суставного отростка нижней челюсти. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет, женщин было 16 (24,6%), мужчин - 49 (75,4%).

Всем пациентам с переломами нижней челюсти выполнялась репозиция и иммобилизация отломков модифицированными назубными шинами Тигерштеда, устанавливалась эластичная межчелюстная тяга. При выраженном смещении отломков суставного отростка нижней челюсти по вертикальной оси, помимо назубных шин, в области моляров устанавливалась межчелюстная резиновая прокладка.

Пациентов с переломом суставного отростка нижней челюсти разделили на две группы: 1 группа – 21 больной, у которых оперативное вмешательство не проводилось, иммобилизация костных отломков произведена назубными шинами; 2 группа – 44 больных, у которых выполнялось оперативное вмешательство на суставном отростке нижней челюсти. Вторая группа также была разделена на две подгруппы: 1-я подгруппа - 19 (43,2%) больных с переломом суставного отростка, которым произведено оперативное вмешательство без остеотомии задней части ветви нижней челюсти; 2-я подгруппа – 25 (56,8%) больных с высоким переломом суставного отростка, где остеосинтез невозможно было выполнить без остео-томии задней части ветви нижней челюсти.

С целью профилактики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) за 6 или 12

часов до операции из крови больного изготавливали мембрану из тромбоцитарной массы.

У всех больных клинико-рентгенологическое исследование проводилось до и после репозиции и иммобилизации отломков челюстей назубными шинами, а также после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. По результатам контрольной рентгенографии нижней челюсти, у 21 (32,3%) пациента наблюдалось восстановление анатомической формы, в то время как у 44 (67,7%) сохранялось смещение костных отломков. Использование подчелюстного доступа при оперативном лечении пациентов 2.1-подгруппы позволяет выполнить репозицию и фиксацию отломков минипластинами без технических трудностей. При остеосинтезе необходимо использовать, как минимум, четыре винта - по два на каждом отломке. Для жесткой фиксации на большом отломке целесообразна установка трёх винтов.

У больных 2.2-подгруппы проведение остеотомии задней части ветви нижней челюсти позволяет свободно извлекать отломок, осуществлять ревизию и, при необходимости, реконструкцию суставной впадины. Алгоритм проведения операции заключается в следующем: из подчелюстного доступа после скелетирования ветви нижней челюсти осуществляется ее остеотомия. Выполнение остеотомии задней части ветви нижней челюсти с использованием реципрокной пилы позволяет уменьшить изъян костной ткани, снизить травматичность операции и иметь четкий контур линии остеотомии при последующем сопоставлении фрагментов нижней челюсти. Остеотомированный фрагмент и дистальный отломок извлекаются из раны. Головка суставного отростка и остеотомированный фрагмент ветви нижней челюсти фиксируются между собой. После их фикса-ции комплекс реплантируется и фиксируется на ветви минипластинами или танталовыми проволоками в соответствии с анатомической формой.

Заключение. Таким образом, использование методов остеосинтеза суставного отростка без реплантации дает возможность восстановления анатомической формы, без нарушения функции сустава. Данный метод остеосинтеза позволит снизить сроки нетрудоспособности и количество послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельченко В.А., Рыбальченко В.А., Баранюк И.С. Клинико-анатомическое обоснование использования трансантрального оперативного доступа при переломах нижней стенки глазницы. Часть I // Стоматология. 2014. №2. С. 27-30.

2. Кулаков А.А., Ханздрацян А.С. Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти у лиц, злоупотребляющих алкоголем // Стоматология. 2014. №1. С. 28-30.

3. Пантелеев В.Д., Рощин Е.М., Пантелеев С.В. Диагностика нарушений артикуляции нижней челюсти у пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. 2011. №1. С. 52-57.

4. Федотов С.Н., Тищенко А.И. Огнестрельные ранения лица в мирное время у жителей Архангельской области // Стоматология. 2014. №1. С. 25-27.

5. Giraddi G.B., Syed M.K. Preseptal transconjunctival vs. subciliary approach in treatment of infraorbital rim and floor fractures / G.B. Giraddi, M.K. Syed // Annals of Maxillofacial Surgery. 2012. No. 2. P. 136-140.

Орипов А.Ф., Гафуров К.Б., Ниёзов М.И., Машарипов А.Б., Мулложонов А.Г., Миргафуров Т.Р., Облокулов Х.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

ДХО ЦБ г. Истаравшан, Согдийская область, Республика Таджикистан

Актуальность. Лечение осложненных форм острого аппендицита у детей до настоящего времени остается актуальной и нестареющей проблемой и широко обсуждается среди хирургов. Осложненные формы аппендицита, по данным разных авторов, составляют 12-45%. Несмотря на современные достижения медицины, решение многих аспектов диагностики, предоперационной подготовки, техники, тактики и методов оперативного вмешательства и послеоперационного

ведения не завершено. Количество осложнений в послеоперационном периоде остается очень высоким и колеблется от 6% до 50% [1, 3], а летальность - от 0,4% до 20-40% [2]. У детей первых трех лет жизни процент послеоперационных осложнений значительно выше, а летальность в 20-30 раз больше, чем у детей старшего возраста [4]. Поэтому поиск новых способов тактики лечения детей с аппендикулярным перитонитом является актуальным.

Цель исследования. Снижение процента послеоперационных осложнений и летальности при лечении осложненных форм острого аппендицита у детей.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет (2012-2017 гг.) в детском хирургическом отделении ЦРБ г. Истаравшана находилось на лечении с острым аппендицитом 1345 больных. Из общего количества поступивших осложненные формы аппендицита имелись у 106 (7,8%) больных. Местный перитонит диагностирован у 60 (56,7%), диффузный и разлитой перитонит – у 19 (17,8%), аппендикулярный абсцесс - у 27 (25,5%) больных. Из них мальчиков было 66 (62,3%), девочек - 40 (37,7%); городских жителей - 22 (20,8%), сельских – 84 (79,2%). Возраст больных: до 3 лет - 1 (0,9%), до 7 лет – 13 (12,3%), до 15 лет - 86 (81,1%) и старше 15 лет - 6 детей (5,7%). До 6 часов от начала заболевания поступило 3 (2,8%), от 6 до 24 часов - 41 (38,7%) и позже 24 часов - 62 (58,5%) больных. Сроки пебывания в стационаре с осложненной формой аппендитцита в среднем составляли 12 дней.

Всем больным до операции внутривенно вводились антибиотики. пациентам в зависимости от тяжести состояния, степени интоксикации и нарушения гемостаза по показаниям проводилась комплексная предоперационная подготовка в течение 2-4 часов. Все операции произведены под общим обезболиванием. Операционный доступ по Волковичу-Дьяконову осуществляли у 90 (85%), поперечный - у 5 (5%), срединная лапаротомия производилась у 11 (10%) детей.

Во время оперативных вмешательств у 87 (82%) больных выявлено вовлечение в процесс большого сальника, при этом произведена резекция измененной части сальника в пределах здоровой ткани.

При разлитом перитоните после ликвидации источника перитонита брюшная полость обильно промывалась теплым раствором фурациллина 1:5000 и физиологическим раствором, в количестве 4-6 л. С целью введения лимфотропных антибиотиков и послеоперационного обезболивания в забрюшинное пространство вставлен ниппельный катетер.

При диффузных, местных перитонитах и аппендикулярных абсцессах во всех случаях произведена аппендэктомия, санация брюшной полости, а полость абсцесса осушена марлевыми тампонами, смоченными асептическим раствором, заполнялась мазью «Левомеколь» и дренирована полиэтиленовой трубкой и «сигарой» через отдельный контрапертурный разрез, при необходимости дренирована полость малого таза. После ушивания брюшины руки хирурга обрабатывались асептическим раствором. Послеоперационная рана промывалась раствором перекиси водорода и фурациллином, после чего ушивалась до подкожной клетчатки. Ежедневные перевязки послеоперационной раны производились с левомеколевой мазью.

Результаты и их обсуждение. У всех 106 больных, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита, нагноения послеоперационной раны не отмечалось. Раны заживлялись вторичным натяжением, необходимости наложения вторичных швов не возникало.

У одного пациента возникло осложнение в послеоперационном периоде: межкишечный абсцесс, ранняя спаечно-паралитическая кишечная непроходимость. Ему произведена релапаротомия, выписан с выздоровлением.

Летальных исходов не было.

Заключение. Традиционные методы и дифференцированный подход к лечению осложненных форм острого аппендицита с применением полиэтиленовых трубчатых дренажей и при необходимости введение лекарственных веществ в брюшную полость привели к сокращению сроков лечения, уменьшению послеоперационных осложнений со стороны раны и брюшной полости и отсутствию летальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лёнюшкин И.А., Вахобов Л.А., Слуцкая С.Р. Острый аппендицит у детей. М., 2013. 127 с.

2. Розинов В.М. Острый аппендицит у детей, Москва, 2013. 157с.

3. Брискин Н.Н., Хажатурян А.В. // Хирургия. 2008. №8. С. 33-37.

4. Сажин А.В. Дифференцированный подход миниинвазивной хирургии при осложненных формах острого аппендицита. Москва, 2012. 193 с.

[1]Очилзода А.А., [2]Ахмедова М.А., [3]Аминов И.Р., [2]Собиров Х.Р., [1]Урунова Р.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

[1]Городской центр здоровья г. Худжанда
[2]Детская областная клиническая больница г. Худжанда
[3]Межрайонная больница г. Тихвин Ленинградской области

Актуальность. Одной из сложных задач охраны здоровья материнства и детства является снижение перинатальной заболеваемости и смертности. За последние годы существенно возросла значимость перинатальной патологии центральной нервной системы как одной из причин формирования врожденной тугоухости и глухоты у детей [1, 4]. Известно, что у 82% детей с тугоухостью и глухотой эта патология развивается на первом году жизни, причем у 38,5% из них - в перинатальном или неонатальном периодах. В связи с этим необходима разработка программ перинатального скрининга нейросенсорных потерь слуха [2, 3, 5].

Цель исследования. Оценка результатов аудиологического скрининга у новорожденных детей с перинатальной патологией центральной нервной системы с применением диагностического прибора для регистрации отоакустической эмиссии (Clinical OAE Analyzer) (IRAN) и регистрация ориентировочных слуховых реакции с использованием детского аудиометра типа АУД-174 (ПНР) (Польша).

Материал и методы исследования. Нами в условиях детского сурдологического центра г. Худжанда за 2011–2017 гг. обследовано и анализировано 1500 карт новорожденных с перинатальной патологией. У 225 (15%) матерей во время беременности выявлены следующие факторы, влияющие на развитие врожденной нейросенсорной тугоухости: у 110 - отягощенный акушерский анамнез, у 25 (11,1%) - токсикоз первой половины беременности, у 24 (10,6%) - угроза преждевременных родов, у 22 (9,7%) - многоводие, у 8 (3,5%) - анемия, у 5 (2,2%) - рубцы или узлы на матке. Во время беременности 156 (10,4%) человек перенесли ОРВИ, 2 (0,8%) - коревую краснуху; у двоих была асфиксия в родах; 19-ти (4%) произведена аппендиктомия, в послеоперационном периоде они получали ототоксический антибиотик; у 10 (4,4%) отмечалась нефропатия, у 6 (2,6%) - гипертония, у 2 (0,8%) - отравление, на сохранении беременности находились 23 (0,1%).

Нормальные роды протекали у 224 (14,4%) рожениц, в остальных случаях течение их было осложненным: раннее отхождение вод и длительный безводный период - у 91 (8,4%), стремительные роды - у 25 (11,1%), преждевременная отслойка плаценты - у 14 (6,2 %), кесарево сечение – у 12 (5,3%), слабость родовых сил - у 11 (4,8 %), механическое вмешательство с помощью плоскостных щипцов - у 8 (3,5%).

В периоде новорожденности отклонения от нормы отмечены у 222 (14,8%) наблюдаемых детей, среди них масса тела при рождении до 1500 г отмечалась у 13, недоношенность выявлена у 47, нарушение мозгового кровообращения 1-2 степени - у 31 (13,7%), обвитие пуповины вокруг шеи – у 31 (13,7%), гипербилирубинемия, резус - конфликт - у 23 (10,2%), асфиксия в родах - у 19 (8,4%), врожденная патология - у 8 (3,5%). Кроме того, крупный плод имелся в 20 (8,8%), двойня – в 11 (4,8%), перекошенность – в 5 (2,2%), сочетанная патология – в 29 (12,8%) случаях. Родство родителей было у 18 (8%), генетическая отягощенность – у 9 (4%), аномалия развития ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода – у 2 (0,8%).

Комплекс клинических исследований включал оториноларингологическое и неврологическое обследования.

Аудиологический скрининг (АС) проводился с использованием тестов: задержкой в отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) и продукт искажения отоакустической эмиссии (ПИОАЭ) при помощи прибора (Clinical OAE Anflyzer) (производство Иран) [2]. Регистрацию ориентировочных слуховых реакций производили с использованием детского аудиометра типа АУД-174 (ПНР) (производство Польша).

Обследование детей проводилось в относительно тихом помещении, дети находились в состоянии сна или спокойного бодрствования. В качестве акустического стимула использовали серии акустического щелчков интенсивностью 83 дБ и Пс. Окно анализа – 15 с. Результат теста (ВЗОАЭ) и (ПИОАЭ) квалифицировали как «тест прошел» - слуховая реакция положительная, позволяет констатировать нормальный слух, «тест непрошел» - слуховая реакция отрицательная, позволяет констатировать нейросенсорную тугоухость.

Результаты и их обсуждение. При скрининговом исследовании слуха 1500 новорожденных на звук интенсивностью (40,80 Дб) были зарегистрированы следующие психомоторные реакции: ауропальпебральная - у 690 (46%), поворот глаз в сторону звука – у 382 (25,4%), поведенческая реакция (вздрагивания, испуг) - у 355 (23,6%), на крик - у 60 (4%), что позволило констатировать нормальный слух; совсем не реагировали 23 (15,3%) человека, что позволило констатировать глухоту. Первичные результаты теста (ВЗОАЭ) и (ПИОАЭ) с ответом «тест прошел - слуховая реакция положительная» - у 1477 (98,4%) - нормальный слух, у 23 (15,3%) детей – «тест не прошел - слуховая реакция отрицательная» - заподозрена нейросенсорная тугоухость.

Полученные данные скринингового исследования слуха новорождённых с использованием детского аудиометра типа АУД-174 (ПНР) (производство Польша) показали, что повышение порога на звук интенсивностью (40,80 Дб) у 121 (8%) детей позволило констатировать нейросенсорную тугоухость, его отсутствие у 23 (15%) - нейросенсорную глухоту, а первичные результаты теста (ВЗОАЭ) и (ПИОАЭ) с ответом «тест прошел - слуховая реакция положительная» у 1477 (98,4%) позволили констатировать нормальный слух, у 23 (15,3%) детей – «тест не прошел - слуховая реакция отрицательная» можно заподозрить нейросенсорную тугоухость и глухоту.

Заключение. Дети с перинатальной патологией центральной нервной системы, несомненно, составляют группу риска по возникновению нейросенсорной тугоухости и нуждаются в раннем обследовании посредством аудиологического скрининга. Результаты аудиологического скрининга позволяют своевременно начать реабилитацию детей с нейросенсорной тугоухостью и глухотой в раннем детском возрасте.

В процессе наблюдения детям проводилось аудиометрическое исследование (тональная пороговая игровая аудиометрия) с целью уточнения слуховых порогов. Эти данные полностью подтвердили достоверность результатов, полученных с помощью аудиологического скрининга у детей с перинатальной патологией центральной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жайсакова Д.Е., Калтаева М.Б. Нарушение слуховой функции у недоношенных детей в пренатальном и перинатальном периодах развития с отрицательным дефицитом неврологического статуса // Вестник КазНМУ. 2016. № 5. С. 120-124.

2. Очилзода А.А. Внедрение нового диагностического прибора для регистрации ОАЭ (CLINICFL OAE ANALYZER) для раннего выявления нейросенсорной тугоухости у новорожденных детей // Материалы ежегодной XXIII научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, посвящённой году молодёжи "МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ В XXI ВЕКЕ". Душанбе, 2017. С. 48 – 50.

3. Пашков А.В., Ганковский В.А., Кузнецов А.О., Наумова И.В., Полунина Т.А. Выявление нарушений слуха у новорожденных и детей первого года жизни с перинатальной патологией // Российская оториноларингология. 2015. №6. С. 58 – 61.

4. Скиданова О.В., Игнатова И.А. Нарушение слуха у детей с перинатальной патологией центральной нервной системы // Материалы IV – го Петербургского международного форума оториноларингологов России. Санкт – Петербург, 2015. С. 108 – 109.

5. Холматов Д.И., Алиев А.А., Махамадиев А.А., Ятимов Х.Р. Возможности исследования слуха у детей раннего возраста методом отоакустической эмиссии. // Сборник тезисов Республиканской II научно - практической конференции «Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных заболеваний в детской оториноларингологии». Ташкент, 2012. С.124-125.

Пулатова А.П., Мухамадиева С.М., Маликоева С.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. По данным экспертов ВОЗ, в развитых и развивающихся странах анемия и, особенно, ее железодефицитная гипохромная форма распространена у 21-80% женщин

репродуктивного возраста и у 49-99% беременных [1].

Как установлено, дисбаланс микроэлементов и витаминов, наблюдаемый в период гестации, восстанавливается в течение 4-5 лет [1, 5]. При этом риск развития анемизации женщин возрастает в послеродовом периоде в связи с особенностями гемопоэза, который характеризуются интенсификацией суточного эритропоэза и ускоренным гемолизом молодых эритроцитов, выпущенных в русло в ответ на кровопотерю в родах. Кроме того, лактация сопровождается потерей железа с молоком у матерей, а восстановление менструального цикла с ежемесячной потерей железа усугубляет железодефицитные состояние [2, 3].

В странах Центральной Азии и Казахстана, в частности и в Таджикистане, частые беременности и роды с короткими интервалами, длительные периоды лактации наряду с нерациональным питанием с низким содержанием железа, способы и традиции питания, паразитарные инвазии и высокая частота желудочно-кишечных заболеваний являются основными факторами и ведущими причинами, способствующими снижению всасывания и истощению запасов железа с развитием железодефицитной анемии (ЖДА) к женщин репродуктивного возраста [4].

Следовательно, нутрициальная диетическая и медикаментозная коррекция железа у беременных и родильниц является патогенетически обоснованным лечением ЖДА и профилактикой акушерских и перинатальных осложнений у женщин репродуктивного возраста [3, 4].

Цель исследования. Изучение эффективности отдельной нутрициальной диетической, медикаментозной и сочетанной комплексной коррекции ЖДА у беременных и родильниц.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 163 родильницы, госпитализированные в отделение совместного пребывания матери и ребенка Таджикского научно–исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии в 2010-2013 гг.

Критериями включения явились пациентки в возрасте 16-45 лет, получавших коррекцию (ЖДА) во время беременности.

Критериями исключения были пациентки с гематологическими и онкологическими заболеваниями.

Сравнительный анализ проводился в 3 группах: I группу составили 45 родильниц с наличием ЖДА легкой степени с назначением только диетической коррекции; II группу - 60 родильниц с ЖДА средней и тяжелой степеней с назначениями медикаментозной коррекции; III группу – 58 родильниц с ЖДА средней и тяжелой степеней с назначением сочетанной нутрициальной (диетической) и медикаментозной коррекции. Нутрициальная коррекция включала питание с преобладанием мясных, белковых, бобовых и фруктовых продуктов. Медикаментозная терапия проводилась антианемическим препаратом «Ферсинол», содержащий 150 мг сульфата железа (II), который, восполняя дефицит железа, оказывает гемопоэтическое действие. Препарат назначался от 1 до 4 капсул в сутки в зависимости от степени тяжести анемии.

Эффективность коррекции ЖДА оценивали по статусу железа и уровню гемоглобина во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также по развитию послеродовых осложнений.

Для оценки статуса содержания железа в организме беременной проводили определение транспортного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) микрометодом по Henry и соавт (1976) с помощью стандартных наборов фирмы «Лохема» (Чехия) с подсчетом коэффициента насыщения трансферрина. Дефицит железа устанавливался при снижении транспортного железа (норма 12,5-25,5 мкмоль/л), повышении ОЖСЕ (норма: 33,7-66,0 мкмоль/л) и снижении коэффициента насыщения трансферрина (КНТ норма: 18-30%). Запасы железа определялись по уровню сывороточного ферритина иммуноферментным методом с использованием анализатора «Униплан» (Россия - Япония) и диагностических KIT – наборов фирмы «Orgentec» (Германия). Степень тяжести анемии оценивали по критериям ВОЗ, легкая анемия установлена при уровне Hb 109-90 г/л, средняя – 89-70 г/л тяжелая при Hb – 69 г/л и ниже.

По специально разработанному вопроснику, состоящему из 5 блоков (социально-экономический статус, наличие сопутствующих заболеваний акушерский, репродуктивный и контрацептивный анамнез), проведено анкетирование.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных женщин в среднем составил 31,5±1,2 лет, при этом преобладали повторнородящие с паритетом II-III родов – 102 (62,5%), первородящие составили 32 (19,6%) и многорожавшие с паритетом 4 и более родов – 29 (17,7%) женщин.

Легкая анемия суммарно в трех группах установлена у 111 (68,0%), средней тяжести - у 41 (25,1%), тяжелая - у 11 (6,7%) женщин.

Результаты исследования показали, что среди обследованных осложнения во время беременности имели 82 пациентки, что составляет 50,3%, то есть каждая вторая; при этом в I группе их было 33 (73,3%), во II - 35 (58,3%), в III – 14 (24,1%).

Полученные данные указывают, что в I группе невынашивание беременности (29%), угроза прерывания (36%) и СЗРП 22% против 11, 18,6% и 7%, 12% и 4% соответственно достоверно чаще отмечаются, по сравнению с II и III группами ($p<0,01$, $p<0,001$).

В результате проведенной коррекции, количество родильниц с легкой анемией увеличилось в 1,3 раза (91,4%), тогда как с анемией средней тяжести уменьшилось в 4 раза (6,1%), а с тяжелой - в 2,7 раза (2,4%).

При оценке влияния ЖДА на акушерские кровотечение установлено, что гипотоническое кровотечение в I группе составляла 8,3%, во II группе – 1,5%, в III группе – с комплексной нутрициальной и медикаментозной коррекцией кровопотеря в объеме более 500 мл не наблюдалась. Таким образом, сочетанная нутрициальная и медикаментозная коррекция ЖДА является наиболее эффективным методом лечения и профилактики осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Консультирование женщин по вопросам сбалансированного питания, о современных методах контрацепции, удлинении интергенетического интервала будут способствовать оздоровлению женщин и улучшению перинатальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Громова О.А, Торшин И.Ю, Хаджинис А.К. Клинические и молекулярные аспекты эффективного и безопасного лечения йоддефицитных заболеваний и анемии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 67 с.

2. Серов В.Н. Актуальные проблемы железодефицитных состояний // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М., 2002. С. 531-532.

3. Суплотова Л.А. Ранняя диагностика и профилактика дефицита микронутриентов (йода и железа) в период гестации // Лечение и профилактика. 2013. Т. 10, № 4 (6). С. 45-50.

4. Assesment of iodine Deaficiensy Disorders and Monitoring their Elimination (WHO) Nut. Word. Health Organization. Geneva, 2001. P. 12-14.

[1]Пулатова А.П., [2]Рустамова М.С., [2]Олимова Ф.А., [1]Менгниязова З.Г., [2]Муминова Ш.Т.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МИКРОНУТРИЕНТОВ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

[1]ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ
[2]Кафедра акушерства и гинокологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В Республике Таджикистан в структуре материнской смертности (МС) в последние годы лидируют экстрагенитальные заболевания [4]. Данная ситуация выдвигает проблему оптимизации стандартов обследования и лечения женщин репродуктивного возраста на прегравидарном этапе. Это необходимо в связи с тем, что благоприятный исход беременности и родов возможен только при полной компенсации экстрагенитальной патологии до беременности [1, 2].

Как известно, наиболее распространенными экстрагенитальными заболеваниями женщин репродуктивного возраста в стране являются алиментарно-дефицитные заболевания, такие как железодефицитная анемия (ЖДА), фолиеводефицитная и йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) возникающие в результате качественно-количественного несбалансированного питания, заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКЗ), а так же частых родов с короткими интервалами и длительными периодами лактации.

Установлено, что в период гестации такие микроэлементы, как железо, йод, кальций, магний относятся к «критически» важным эссенциальным незаменимым микронутриентам, определяющим не только реализацию запрограммированного роста и развития плода, но и органогенез и жизнеспособность плода.

В связи с тем, что потребность в этом классе микронутриентов при беременности значительно возрастает, достаточная обеспеченность материнского организма данными важными микроэлементами является главным условиям для полноценного вынашивания плода и рождения здорового ребенка [1, 2].

С учетом множества достоверных результатов международных научных исследований, механизмом профилактики преждевременных родов, СЗРП, ПОНРП, преэклампсии и эклампсии, материнских и плодовых потерь является прегравидарная подготовка женщин, планирующих беременность и роды [1, 2, 3].

Изучение эффективности прегравидарной подготовки путем сочетанной комплексной нутрициальной и медикаментозной коррекции у женщин с дефицитом микронутриентов и репродуктивными потерями (СПВ, ВПР, преждевременные роды, анти-, интра- и постнатальная смертность) в анамнезе на этапе планирования беременности явилось целью настоящих исследований.

Цель исследования. Оценка эффективности прегравидарной подготовки у женщин с дефицитом микронутриентов и репродуктивными потерями в анамнезе.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели из числа родильниц, госпитализированных в отделение совместного пребывания, в 2015-2016 гг. сформированы 2 группы. В первую группу (основная) вошли 56 женщин с репродукативными потерями в анамнезе, прегравидарной подготовкой и антенатальным наблюдением данной беременности. Вторая группа (сравнения) - 55 женщин - сформирована из числа родильниц, не прошедших прегравидарную подготовку и антенатальное наблюдение.

Все участницы 1-ой группы (проспективного) исследования по составленному протоколу обследования заблаговременно (за 4-6 мес. до планируемой беременности) обследованы с учетом наличия гинекологической и экстрагенитальной патологии и репродуктивного анамнеза. Протокол обследования для прегравидарной подготовки женщин планирующих беременность включал: общеклиническое и гинекологическое обследование, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ, в том числе с определением микроэлементов (кальций, магний, фосфор) крови, определение ИМТ по Брею, измерение АД, бактериологическое исследования (мазки из ц/к на микрофлору), обследование на инфекции ТОРН-комплекса, визуально-пальпаторное и УЗ исследования щитовидной железы. При необходимости, женщины данной группы были проконсультированы специалистами: гастроэнтерологом, эндокринологом, нефрологом, флебологом, гематологом и генетиком - с лечением выявленной патологии.

При установлении сочетанного дефицита микронутриентов (СДМ) им проводилось сочетанная нутрициальная и медикаментозная коррекция. Нутрициальная коррекция заключалась в назначении в рацион питания продуктов с высоким содержанием необходимых МЭ не менее 2-х раз в день и не менее 10 раз в неделю. Медикаментозная коррекция ЖДА и ЙДЗ, фолиеводефицитной анемии, кальций-магниевые дефицитные состояния проводилась препаратами: при ЖДА - железосодержащим препаратом Ферсинол, при фолево-дефицитной и йоддефицитных состояниях - препаратом Йодофол, при этом доза, режим и продолжительность лечения назначались в зависимости от степени тяжести дефицитных состояний, что определялись по критериям ВОЗ. Состояние кровотока в фетоплацентарном комплексе (ФПК) определяли допплерометрией антенатального в 1-ой и при поступлении на роды во 2-ой группе участниц, не имевших обследования и наблюдения в антенальном периоде.

У всех женщин 1 и 2-ой группы после родов анализировали течение беременности, родов, послеродового периода с оценкой перинатальных исходов, параметров физического развития и состояния здоровья новорожденных в раннем периоде адаптации.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием стандартных средств анализа в программе и включала вычисления средних величин, их относительных показателей, сравнение полученных статистических характеристик по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. Анализ возрастной структуры показал, что средний (от 17 до 43 лет) возраст участниц составил 29,3±2,3 в 1-ой и 30,4±3,1 года во 2-ой группе, при этом в группах превалировали (36,4% и 38,6%) участницы активного репродуктивного возраста (20-35 лет).

По паритету в группах преобладали участницы с повторными родами (43,2% и 41,5%). В структуре экстрагенитальной патологии у участниц исследования в 1-ой группе, кроме СДМ, наиболее часто прегравидарно устанавливались и корригированы хронические заболевания ЖКТ (хронический гастрит - в 21,3%, колит - в 15,4%, холецистит - в 11,5%, хронически панкреатит - в 38,6%, варикозная болезнь – в 14,2%). Во 2-ой группе заболевания ЖКТ встречались в 26,2%,13,6%,10,4%, 16,5% случаях соответственно, хронический пиелонефрит диагностирован в 34,6%, варикозная болезнь - в 10,7% случаях.

Анализ гинекологического и репродуктивного анамнеза показал, что как в 1-й, так и 2-й группах участниц имеются существенные органические и функциональные нарушения репродуктивной системы. Так, воспалительные заболевания репродуктивных органов имела каждая вторая (49,4% и 52,3%) из участниц, миома матки выявлена в 12,4% случаях в 1-ой и в 17,3% во 2-ой, первичное бесплодие в анамнезе имели 5,9% и 7,3% , вторичное бесплодие - 9,6% и 10,9% участниц в группах соответственно.

У 18,4% участниц 1-й группы репродуктивный анамнез отягощен от 1 до 3-х случаями СПВ, на преждевременные роды в анамнезе указали 15,3% и на ВПР - 10,7% участниц исследования. При этом антенатальная гибель в прошлом произошли у 7,2%, интра- и постнатальные потери - у 11,8% женщин данной группы.

Анализ аналогичных характеристик по полученным данным показал, что и во 2-ой группе

репродуктивный анамнез родильниц также значительно отягощен многими осложнениями. Так, например, случаи СПВ в 1,5 раза и СЗРП или маловесных детей при рождении в 2 раза больше имели участницы данной группы, по сравнению с 1-й, на преждевременные роды в анамнезе указали 15,3%, на случаи ВПР - 12,2% женщин данной группы. Антенатальная гибель плода в прошлом произошла у 3,6%, на интранатальную гибель плода в анамнезе указали 3,2%, постнатальные потери имели 10,3% женщин данной группы. Следовательно, в обеих группах изначально отмечался низкий индекс здоровья с высокими показателями инфекционно-воспалительной, гинекологической и экстрагенитальной патологии, обусловивших существенные нарушения репродуктивного здоровья женщин.

Оценка физического развития новорожденного проводилась с помощью оценочных таблиц Г.М. Дементьевой (2000). В зависимости от степени гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод (НМПК) и синдрома задержки развития плода (СЗРП) выделены компенсированная (НМПК 1–й степени и/или СЗРП 1-й степени), субкомпенсированные (НМПК 2-й степени и/или СЗРП 2-й степени), декомпенсированная (НМПК 3-йстепени и /или СЗРП 3-й степени) формы хронической плацентарной недостаточности (ХПН).

При допплерометрическом исследовании маточно-плацентарного кровотока достоверно чаще ($p<0,001$) установлены его нарушения во второй группе, при этом они были выявлены у беременных с умеренной и тяжелой формами ПЭ - в 34,7% и 28,5% случаях соответственно, СЗРП в 1-ой группе отмечался только первой степени и всего у 2,2% участниц против 19,8% во второй группе. Так, в данной группе 1 степень нарушений маточно-плацентарного кровотока имели 10,5%, 2 и 3 степени нарушений ФПК во 2-ой группе имели 5% и 4,3% участниц соответственно, что не встречались в основной 1-й группе. ВПР отмечены лишь только в одном случае в основной против 7,5% случаев во 2-й группе.

Антенатальная гибель плода встречалась только в группе сравнения, при критических нарушениях и СЗРП 3 степени, также как и интранатальная и ранняя неонатальная смертность - в 5,8% и 11,2% случаях, отмечалась в этой же 2-й группе, т.е. в группе без прегравидарной подготовки и антенатального наблюдения женщин.

Анализ полученных данных по массо-ростовым показателям новорожденных в исследуемых группах показал, что масса новорожденных от матерей 2-ой группы, по сравнению с новорожденными основной группы, оказалась достоверно ниже: 3365±311,2 г против 2912,3±123,5 г ($p<0,01$).

Заключение. Следовательно, сочетанная нутрициальная и медикаментозная прегравидарная коррекция СДМ и лечение ЭГЗ до беременности достоверно снижают возникновение осложнений беременности, с эффективной профилактикой случаев преэклампсии, спонтанного прерывания беременности, преждевременных родов, ВПР и перинатальной смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Галицкая Т.В. и др. Зависимость перинатальных исходов от акушерской тактики при преждевременных родах // Вестник РУДН. 2010. №5. С. 15-20.

2. Радзинский В.Е., Галицкая Т.В и др. Преждевременные роды - есть ли перспективы // Акушерство и гинекология. 2015. №2. С. 99-104.

3. Серов В.Н., Сухих Г.Т. и др. Неотложные состояния в акушерстве. Рук для врачей. М.: ГОЭТАР–Медиа, 2011.

4. Узакова У.Д. К вопросу о материнской смертности в Республике Таджикистан; в кн. Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения. Душанбе, 2013. С. 83-86.

[1,2]Раджабова Г.К., [1]Султанова Дж.М.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

[1]Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Актуальность. Миома матки до сих пор остается одной из актуальных патологий в гинекологии, частота ее встречаемости среди других гинекологических заболеваний достигает 44%

[1-3]. В связи с омоложением пациенток, что, по данным статистики, составляет 32 года, и поздним планированием беременности со стороны женщин проблема приобретает все большую актуальность [1-3]. К сожалению, до настоящего времени от 60 до 96% всех хирургических вмешательств у больных с миомой матки приходится на радикальные операции, приводящие к потере репродуктивной и менструальной функции, при этом большую группу оперируемых пациенток составляют женщины репродуктивного периода [2, 3].

Необходимость обсуждения проблем лечения миомы матки в последние десятилетия была обусловлена внедрением в клиническую практику новых средств консервативной терапии - агонистов гонадотропинрилизинг-гормонов и новых хирургических технологий, в том числе гистероскопии.

Цель исследования. Улучшение результатов гистероскопического хирургического лечения субмукозной миомы матки.

Материал и методы исследования. В материалы исследования входили 26 женщин с субмукозным расположением диагностированного узла миомы матки в возрасте от 24 до 55 лет, оперированные в отделении гинекологии родильного дома ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе за период 2016-2018 годы.

Гистероскопия производилась под общей анестезией с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «KarlStorz».С целью определения критериев выбора оптимальной методики гистероскопической миомэктомии эффективно было применено классификация K. Wamsteker, где с узлами 0 типа была у 7 (26,9%), с узлами I типа – 9 (34,6%) и с узлами II типа – 10 (38,5%) больных. Для уточнения внутриматочной патологии перед вмешательством проводили диагностическую жидкостную гистероскопию. Определяли размеры и характер миомы, количество узлов, локализацию, а также глубину расположения интрамуральной части узла по классификации.

В отдельных случаях при необходимости применяли одномоментное УЗ-исследование. С целью уточнения состояния эндометрия перед миомэктомией производили прицельную биопсию эндометрия и эндоцервикса с последующим морфологическим исследованием во вторую фазу менструального цикла. В случаях маточного кровотечения диагностическая гистероскопия дополнялась лечебно-диагностическим тотальным выскабливанием с гемостатической целью.

Результаты и их обсуждение. Субмукозные узлы 0 типа диаметром до 1 см во всех случаях удалены с применением 2-мм и 4-мм эндоинструментов, а диаметром 1 см - с применением методики вапоризации узлов в сочетании с инструментальным удалением продуктов деструкции, в течение одного вмешательства, с минимальной кровопотерей. Субмукозные узлы I типа диаметром до 10 мм удалены с применением 2-мм и 4-мм эндоинструментов при локализации узлов по передней (n=1) и боковым стенкам (n=1), при расположении узлов в дне матки (n=1) выполняли конверсию инструментальной методики на электрохирургию, вапоризация узлов в сочетании с инструментальным удалением продуктов деструкции позволила удалить узлы в течение одного вмешательства. Субмукозные узлы I типа диаметром от 1 до 2 см (n=3) и более 3 см (n=3), независимо от локализации основания, удалены с применением методики монополярной электрохирургической резекции (полное удаление), в течение одного вмешательства, с минимальной кровопотерей (до 50 мл).

Гистероскопическая миомэктомия субмукозных миоматозных узлов II типа осуществлена у 10 пациенток. На фоне кровотечения диагностическая гистероскопия с кюретажем стенок полости матки произведена у 3 (11,5%) женщин, у остальных 7 (26,9%) пациенток диагностическая гистероскопия проводилась в первую фазу цикла, сразу после завершения менструального цикла. В 3 наблюдениях узлы, исходившие из передней и боковых стенок, путем вскрытия капсулы узла ножницами с последующим его вылущиванием были полностью удалены.

При локализации узлов в дне матки (n=2) удалось произвести вскрытие капсулы узла ножницами и вылущить его из стенки щипцами диаметром 4 мм. Параллельно была произведена вапоризация узлов с последующим инструментальным удалением оставшихся тканей. Кровопотеря во всех случаях была минимальна (до 50 мл). Субмукозные узлы II типа диаметром от 1 до 3 см (n=2), независимо от локализации, удалены с применением методики монополярной электрохирургической резекции. В 3 наблюдениях резецировать интрамуральную часть узла не представлялось возможным, и у 2 женщин второй этап резекции был предпринят через 1,5-2 месяца, на фоне продолжающейся супрессии эндо- и миометрия, по данным УЗИ, свидетельствовавших о смещении оставшейся интрамуральной части узла в полость матки. На втором этапе все вмешательства были эффективными.

Заключение. Таким образом, инструментальная методика гистероскопической миомэктомии без предварительной супрессии эндо- и миометрия в более 80% случаев обеспечивает первичное радикальное удаление субмукозных узлов всех типов без дополнительного применения вапоризации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекперова А.Ф. Сравнительный анализ эффективности простой гистерэктомии, выполненной абдоминальным, лапароскопическим и робот-ассоциированными методами при миоме матки: автореф. дисс. … канд. мед. наук. М., 2013. 23 с.

2. Савельева Г.М., Серова В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 880 с.

3. Maccio, A.Three cases of laparoscopic myomectomy performed during pregnancy for pedunculated uterine myomas// Arch. Gynecology Ostertics. 2012. P. 230-35.

[1]Расулов С.Р., [2]Рахматов М., [2]Нозимов Р.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

[1]ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Первичные злокачественные опухоли плевры у детей представляют значительную редкость и описаны в литературе в виде отдельных наблюдений. В доступной литературе за последние 10 лет мы не обнаружили достаточно сообщений о первичной саркоме плевры у детей, а имеющиеся сведения по этому заболеванию довольно разноречивы. Большинство авторов, учитывая происхождение этих опухолей из мезотелия плевры, объединяют их в одну группу - как мезотелиома плевры [3]. Это объясняется тем, что в современной гистологической классификации (WHO, 2004-Lyon) дифференцируют диффузную злокачественную мезотелиому и ее виды – эпителиоидную, саркоматоидную и десмопластическую, бифазную (сочетание признаков эпителиоидной и саркоматоидной) и локализованную (узловую) [4, 6].

По данным авторов, саркоматоидная мезотелиома составляет примерно 7–20% всех злокачественных мезотелиом. Характеризуется веретенообразными клетками с удлиненными ядрами и мелкими ядрышками, похожими на саркомы мягких тканей [5].

Однако клинико-рентгенологические проявления и результаты гистологического исследования удаленных опухолей позволяют выделить среди первичных злокачественных опухолей плевры самостоятельную подгруппу - первичные саркомы [1]. В этом отношение мы солидарны с Бабашевым Б.С.

Считается, что морфологически дифференциальная диагностика мезотелиомы от сарком сложна. В сложных случаях необходимо иммуногистохимическое исследование. Мезотелиальные клетки могут быть дифференцированы от фибробластических и эпителиальных только при электронной микроскопии и иммунофенотипировании [2]. Наши данные основаны только на морфологическом исследовании удаленного препарата. Отсутствие технических возможностей иммуногистохимического исследования в клинике сдерживает нас от смелых дискуссий с зарубежными авторами.

При диффузных формах сарком плевры хирургическое вмешательство бесперспективно, а при наличии узловых форм хирургическое лечение заключается в максимально радикальном удалении опухоли до или после курсов химиотерапии.

Цель исследования. Оценить возможности хирургического вмешательства в комбинированном лечении сарком плевры у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением за последние три года находились 7 детей с саркомой плевры. Мальчиков было 4, девочек - 3, что составило соответственно 57,1% и 42,9%. Все дети находились в возрасте до 9 лет. Одностороннее поражение плевры наблюдалось у 6 больных, двустороннее поражение отмечено у 1 девочки. Двум больным, с учетом сдавления органов средостения и тяжести состояния, на первом этапе произведено оперативное лечение, 5 больным вначале проведено 4 курса неоадъювантной полихимиотерапии, а затем оперативное лечение с последующими 6 курсами адъювантной полихимиотерапии. Гистологическая структура опухоли представляла фибросаркому в 57,1% случаев, гемангиоперецитому у 28,6% и ангиосаркому у 14,3% детей.

Результаты и их обсуждение. Один ребенок 5 лет был доставлен в клинику с наличием интубационной трубки в трахее в течение двух суток и явлениями гипоксии. Ребенок находился в клинике инфекционной болезни с подозрением на дифтерию. На КТ грудной клетки опухоль занимает всю правую половину грудной полости, сдавливает трахею и средостение. В просвете трахеи видна интубационная трубка (рис. 1).

Рис. 1. КТ грудной клетки на фронтальном и сагиттальном разрезах

В экстренном порядке с целью декомпрессии трахеи произведено субтотальное удаление опухоли. На участке прорастания опухоли к верхней полой вене остаток опухоли составляет около 5,0 × 4,0 см. При гистологическом исследовании материала от 03.02.2017 г., № 192 обнаружена крупноклеточная саркома.

В послеоперационном периоде ребенок получил 6 курсов адъювантной полихимиотерапии, лучевое лечение в зоне остатка опухоли и ещё 2 курса консолидирующей химиотерапии. Наблюдается в течение 2 лет, признаков рецидива нет (рис. 2)

У 5 детей оперативное вмешательство заключалось в удалении всех узлов из париетальной и висцеральной плевры. После комбинированного лечения 6 месяцев прожили 3 больных, 3 детей наблюдаются в течение двух лет и 1 девочка наблюдается в течение трёх лет.

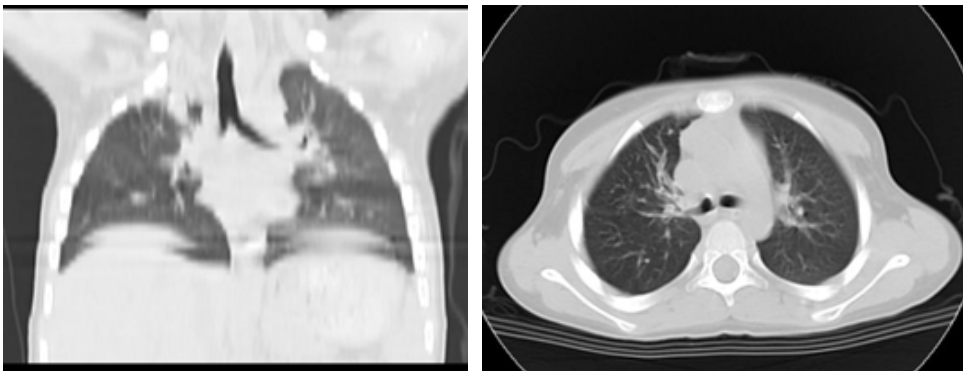


Рис. 2. КТ грудной клетки через 1 год 6 мес

Заключение. Таким образом, саркома плевры у детей является редкой патологией, чаще всего встречается в виде множества узловых образований, иногда больших размеров. Двустороннее поражение встречается реже. Возможным методом лечения саркомы плевры может быть радикальное оперативное вмешательство в комбинации с химиотерапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабашев Б.С. Саркома легких. Алма-Ата: Наука, 1971

2. Васильев А.В., Петровичев Н.Н. Особенности морфологической диагностики мезотелиомы плевры // Вестник Московского онкологического общества. 2006. № 9. С. 3-4.

3. Григорук О.Г. Дифференциальная цитологическая диагностика опухолевых и неопухолевых плевритов: дисс…. д-ра биол. наук. Санкт-Петербург, 2015. 421с.

4. Junker K., Krismann M. // Zentralbl. Chir. 2008. Vol.133, №3. P. 222–226.

5. Lococo P., Cesario A., Cardillo G. et al. Malignant solitary fibrous tumors of the pleura: retrospective re-view of a multicenter series // J. Thorac. Oncol. 2012. Vol.7, №11. P. 1698–1706.

6. Travis W.D., Brambilla E. Tumors of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. Pathology & Genetics. WHO Classification of Tumors. Lyon: IARC Press, 2004. P. 125–136.

Рахимов Д.А., Сафаров М.М., Бобоев Ш.С., Гафаров А.Дж., Кенджаева М.А., Джураев И.И., Кузиев Х.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У БЕРЕМЕННЫХ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТОВ

Урологическое отделение ЦРБ Б.Гафурова
Родильное отделение ЦРБ Б.Гафурова

Актуальность. Распространенность мочекаменной болезни (МКБ) у беременных не отличается от частоты ее встречаемости у небеременных женщин и составляет 1:1500 женщин. Неосложнённые формы МКБ не оказывают существенного влияния на организм беременной и плода, но при наличии калькулёзного пиелонефрита у женщины в 15% происходят преждевременные роды, а перинатальная смертность составляет 48% [1, 3]. В большинстве случаев заболевание начинает проявляться во II и III триместрах [1, 5]. Для беременных женщин выбор метода диагностики ограничен в связи с тем, что облучение плода может привести к терато-, онко- и мутагенезу. Риск напрямую зависит от внутриутробного возраста и лучевой нагрузки. Поэтому врач должен тщательно оценивать соотношение риска и преимущества обследования, предполагающего облучение, во время I триместра беременности [3, 4].

Цель исследования. Определить метод диагностики, тактику ведения и выбрать рациональный подход к лечению МКБ у беременных женщин с применением фитопрепаратов.

Материал и методы исследования. За последние пять лет в родильное и урологическое отделения ЦРБ Б. Гафурова госпитализированы 88 беременных женщин, страдающих МКБ (в родильном - 51, урологическом - 37). Средний возраст составил 23,2 года. Первородки - 34, многорожавшие - 54. В анамнезе МКБ отмечена у 15 беременных, из них 6 перенесли оперативные вмешательства по данной патологии.

Обследование женщин проводилось по общепринятой схеме, с соблюдением стандартов протоколов обследования и лечения. Из функциональных проб проводили определения креатинина и мочевины крови, пробы Зимницкого и Реберга-Тареева. Кроме того, всем больным проводили ЭХО-графию и посев мочи, определение уровней мочевой кислоты и гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4). При необходимости и по строгим показаниям рентгенологические исследования (обзорную и в/в урографию), МРТ мочевой системы.

Результаты и их обсуждение. Проявлениями заболевания были: боли различного характера - у 58, гематурия - у 6, протеинурия - у 32, пиурия - у 9, гипертермия - у 17, ознобы - у 8, диспептические явления - у 24 больных.

В зависимости от тяжести заболевания и симптомокомплекса подбиралась лечебная тактика. Правосторонний уролитиаз отмечен в 49, левосторонний - в 35, двусторонний - в 4 случаях. У 82 пациенток камни локализовались в почках, у 6 - в различных отделах мочеточников. Размеры конкрементов колебались от 0,4 мм до коралловидного нефролитиаза. У 7 женщин МКБ протекала бессимптомно. Обнаружение конкрементов случайное, при плановом эхографическом исследовании. Результаты посева мочи указывают, что в около 80% случаев высеяна Escherichia coli.

Осложнения МКБ были следующие: острый пиелонефрит – у 18, в том числе гнойная его форма – у 5, хронический пиелонефрит – у 59, гидронефротическая трансформация – у 11, педункулит – у 2, ОПН – у 3. Из общего количества женщин в 3-х случаях проведено прерывание беременности в связи с угрозой для жизни роженицы и имеющегося развития гнойного пиелонефрита. Эти пациентки по жизненным показаниям были подвергнуты хирургическому лечению: в 1 случае проведена нефрэктомия, в 2-х - иссечение карбункулов и декапсуляцией почки с установление нефростом. Двум женщинам с наличием абсцесса почки проведено пункционное дренирование и санация полости, эти беременные в последующем были выписаны с выздоровлением. При наличии гидронефрозов с болевым синдромом или общими симптомами интоксикации и локализацией конкрементов в различных отделах мочеточников в 9 случаях установлен мочеточниковый стент, в 2 - чрескожно-пункционная нефростомия. Антибиотикотерапия начиналась эмпирично, а в последующем - по результатам посева мочи. Назначались антибиотики исключительно из группы аминопенициллинов в комплексе с сульбактамами и цефалоспорины 3 и 4 поколения. Кроме того, активно назначались растительные препараты, в основном Канефрон и Цунами, так как оказывают комплексное действие: противовоспалительное, спазмолитическое, диуретиче-

ское, антиоксидантное и нефропротекторное, чем способствуют усилению терапевтического эффекта незначимых антибиотиков.

Заключение. МКБ при беременности представляет собой сложность в плане диагностики и терапии. Ультрасонография представляется методом выбора в диагностике МКБ, которая обеспечивает безопасность для беременной и плода. В случае неэффективности метода необходимо применение МРТ. Если все методы недопустимы и консервативная терапия неэффективна, обязательным является стентирование или нефростомия, что способствует снятию острых симптомов заболевания. Кроме того, при беременности фитотерапия является лечением первой линии неосложнённой МКБ, и своевременное её проведение уменьшает риск развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И. и др. Акушерство: Национальное руководство. 2014. 1200с.

2. Карпов Е.И., Ананьин А.М., Гусак Ю.К., Ананьин Б.А., Салтан Л.А., Гусак Н.Ю. Урология и беременность. Рязань: РИОРязГМУМЗРФ, 2016. 100с.

3. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1011с.

4. Semins M.J., Matlaga B.R. Management of stone disease in pregnancy // Curr.Opin.Urol. 2010. Vol. 20 (2). P. 174-177.

5. Srirangam S.J., Hickerton B., van Cleynenbreugel B. Management of urinary calculi in pregnancy: a review // J Endourol. 2008. Vol. 22 (5). P. 867-875.

[1]Рахимов Д.А., [2]Джураев М.А., [2]Турдалиев С.Х., [2]Самадов Б.М., [2]Насруллоев Х.К., [2]Тусматов Ш.М., [2]Маматов Т.Ю.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

[1]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗиСЗН РТ
[2]Урологическое отделение ЦРБ Б.Гафурова

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) - одно из распространённых заболеваний и встречается не менее чем у 3% населения. Кроме того, она является актуальной и социально-значимой проблемой современной урологии [1].

Среднемировая распространённость МКБ находится в пределах 3,5-9,6% [5] при ежегодном приросте заболеваемости от 0,5% до 5,3% [2]. На долю пациентов с МКБ приходится около 40% стационарных больных [3]. Диапазон вариантов лечения камней мочеточников зависит от их локализации, размеров, состава, наличия осложнений, активности воспалительного процесса в мочевых путях, возраста и состояния сопутствующих заболеваний.

Совершенствование эндоскопического оборудования и техники навыков специалистов позволяют сократить длительность и травматичность оперативного вмешательства при использовании методов контактной литотрипсии (КЛТ), свести до минимума число неудач и послеоперационных осложнений, что повышает результативность лечения [4]. Возможность фрагментации конкремента под визуальным контролем без повреждения кожных покровов за одну процедуру свидетельствует о неинвазивности метода трансуретральной уретеролитотрипсии, и при наличии современной медицинской аппаратуры можно раздробить камни практически в любом отделе мочевого тракта.

Цель исследования. Оценить эффективность трансуретральной пневматической контактной литотрипсии при камнях мочеточников различной локализации.

Материал и методы исследования. Проведена оценка 33 больных, находившихся в урологическом отделении Б.Гафуровской ЦРБ, в течение года по поводу камней различных отделов мочеточников. Мужчин было 21, женщин – 12. Возраст больных от 18 до 76 лет. Диагноз устанавливался на основании стандартов протокола обследования и лечения, что включало проведения общеклинических и биохимических анализов, кроме того, проводили УЗИ, обзорную и экскреторную урографии, при необходимости КТ.

До приобретения эндоскопического оборудования пациенты подвергались открытым способом удаления камней либо направлялись в учреждения, оснащенные вышеназванной аппара-

турой. Эндоскопические операции мы проводили на аппаратуре фирмы «HAWK» - Китай.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время после оснащения отделения современной аппаратурой эндоскопические способы удаления камней мочеточников занимают должное место. КЛТ проводилась под регионарной анестезией и завершалась установлением мочеточниковых стентов (№ 4, 8-6 длинной 26 см) на 2 недели. Временной фактор от начала проявления заболевания во внимание не брался, так как клиническая картина не коррелировала со временем. Подготовку больных к литотрипсии проводили по общим правилам для эндоскопических операций. При проведении ретроградной пневматической литотрипсии эффективность работы оценивали путем фрагментации камней, развитием интра- и ранних послеоперационных осложнений, продолжительностью операций и сроками пребывания больных в стационаре. Левостороннее поражение отмечено у 13, правостороннее - у 18 и двустороннее - у 2 пациентов. Локализация камней: верхняя треть – 3, средняя – 9 и нижняя – 21. Размеры конкремента колебались от 0,5 до 1,2 см. Продолжительность операции составила в среднем 55,6±17,1 мин.

Общая эффективность вне зависимости от пола пациентов составила 93,9%. Следует отметить, что при локализации камней в нижней трети конкременты фрагментированы и извлечены у 98% больных. Из общего количества проведенных литотрипсий в 2-х случаях отмечалась миграция камней в полость почки (оба из верхней трети мочеточника). Этим больным был установлен стент и в последующем проведено ДУВЛТ.

Интра- и послеоперационные осложнения встречались у 12 (36,4%) больных в виде: повреждения слизистой оболочки мочеточника – в 3 (25%); невозможности полной фрагментации и извлечения конкремента - в 2 (16,6%); миграции камня - в 2 (16,6%); невозможности выполнения манипуляции из-за узкого устья мочеточников и несоответствия с размером уретерореноскопа - в 3 (25%); ретенционного пиелонефрита - в 2 (16,6%) случаях.

Среднее пребывание больных в стационаре составило 3,1 койко-дней, при открытой хирургии - 9,8. Затраты больных сократились почти вдвое.

Заключение. Трансуретральная пневматическая контактная уретеролитотрипсия является малоинвазивным методом лечения мочеточникового уролитиаза, преимущественно низкого расположения. Только после приобретения соответствующих навыков можно заниматься эндоскопическим лечением верхних отделов мочеточников. Кроме того, эндоскопические методы лечения способствуют снижению операционной травматизации, времени пребывания больных в стационаре и экономических затрат для больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2002-2012 гг.) по данным официальной статистики// Экспериментальная и клиническая урология. 2014. №2. С. 4-12.

2. Дианов М.А., Никитина С.Ю., Агеева Л.И. Здравоохранение в России: статистический сборник. М.: Медицина, 2015. 277 с.

3. Гусакова Д.А., Калиниченко С.Ю., Камалов А.А., Тишова Ю.А. Факторы риска развития мочекаменной болезни у больных с метаболическим синдромом // Экспериментальная и клиническая урология. 2013. №2. С. 61-64.

4. Мартов А.Г., Гордиенко А.Ю., Москаленко С.А. и др. Лечение крупных камней верхней трети мочеточника с помощью трансуретральной контактной пневматической уретеролитотрипсии// Вестник Российского Научного центра рентгенрадиологии. 2011. №11.

5. Curhan G., Goldfard D. Epidemiology of stone Disease // 2-nd International Consultation on stone Disease. 2007. №9. P. 11-20.

Рахимов Д.А., Турдалиев С.Х., Турдалиева Дж.Э., Убайдуллоев А.Х., Хаитов Р.М., Комилов А.М.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Урологическое отделение Б.Гафуровской ЦРБ

Актуальность. Острый гестационный пиелонефрит (ОГП) является важной медицинской и социально-экономической проблемой современного общества. ГП является тяжелым осложнением бе-

ременности и встречается у 17% женщин. Частота данного заболевания в последние годы возросла почти в 4 раза и занимает второе место после анемии [4, 5]. Актуальность изучения этиопатогенетических и диагностических аспектов ОГП определяется не только его распространённостью, но и клинической значимостью, в частности, тенденцией к росту гнойно-деструктивных форм заболевания и развитием грозных осложнений [1]. Согласно современным представлениям, патогенез ОГП является многофакторным, но ведущее место отводят нарушениям уро- и гемодинамики, возникающим при беременности на фоне изменений гормонального статуса и компрессионных факторов, что нарушает течение беременности, является фактором риска внутриутробного инфицирования, материнской и перинатальной смертности [1-3].

Ознакомившись с последними литературными данными и собственными наблюдениями, мы пришли к выводу, что показаниями для госпитализации беременных женщин с указанной патологией в урологическое отделение являются:

а) торпидно-текущая форма ОГП, резистентная к антибактериальной терапии;

б) рецидивное течение ОГП;

в) необходимость в срочной деривации мочи (катетеризация мочеточников, внутреннее дренирование ВМП стентом, чрескожная нефростомия);

г) макрогематурия;

д) все формы ОГП на фоне сахарного диабета, ХПН, поликистоза почек;

е) необходимость в открытой операции на почках;

ж) мочекаменная болезнь.

Цель исследования. Оценить эффективность трансуретральной пневматической контактной литотрипсии при камнях мочеточников различной локализации.

Материал и методы исследования. За период 2008-2017 гг. в урологическом отделении Б.Гафуровской ЦРБ проведено комплексное обследование и лечение 134 женщин с ОГП, из них с правосторонним поражением было 85 (63,4%), левосторонним - 41 (30,6%), 2-сторонним - 8 (6,0%) больных. Возраст женщин варьировал от 18 до 48 лет. Преимущественно первородящие – 87 (64,9%) случаев. В первый триместр беременности госпитализированы 67 (50,0%), во второй - 41 (30,6%), в третий триместр - 26 (19,4%) женщин. Из всех госпитализированных в анамнезе указывались: раннее перенесенный цистит - 45, у 23 - острый и хронический пиелонефрит, у 13 - удаление камней из почек и мочеточников, у 5 - нефропексия, у 2 - пластика лоханочно-мочеточникового сегмента. В первые сутки болезни поступили 58 (43,3%), на 3 сутки - 26 (19,4%), остальные 50 (37,3%) женщин в стационар поступили на 4 и более сутки. Причём более половины из них - после неэффективной амбулаторной антибактериальной терапии.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях показанием к госпитализации были: потрясающий озноб на фоне гипертермии, боль в соответствующей стороне поражения и клиника общей интоксикации. Ведущими в диагностике ОГП явились клинические проявления, лабораторные, ультразвуковые данные, включая УЗ-допплерографию, эндоскопические и в исключительном случае рентгенологические исследования. Последние проводились при гнойных формах заболевания, когда ставился вопрос о необходимости открытой хирургии на почке. Всем больным назначался постельный режим. Из общего количества наблюдаемых нами больных в 3-х случаях (2,2%) произведено прерывание беременности в раннем сроке из-за развившихся грозных осложнений. В 4 случаях атака пиелонефрита купирована путём катетеризации мочеточников, в 26 (19,5%) - внутренним дренированием ВМП с помощью катетера-стента. Чрескожная пункционная нефростомия проведена у 3 женщин. Открытая операция 6 (4,5%) больным, из них в 4 случаях при гнойно-деструктивном пиелонефрите операция завершилась нефрэктомией.

При назначении терапии учитывался срок беременности, функциональные способности почек, индивидуальная непереносимость к препаратам. В начальных сроках беременности лечение проводилось назначением препаратов пенициллинового ряда. Во втором и третьем триместрах антибиотики и лекарственные препараты принимались более широко, включая антибиотики широкого спектра действия из группы цефалоспоринов. Кроме того, больным рекомендовали колено-локтевое положение по 5-10 минут, 5-6 раз в день и лежать на здоровом боку. Следует отметить, что вся терапия проводилась на фоне приёма низкомолекулярных растворов, спазмолитиков и витаминов. Все больные из стационара выписаны с клиническим выздоровлением.

Заключение. Таким образом, острый гестационный пиелонефрит является одним из часто встречающихся заболеваний у беременных. Своевременная диагностика, деривация мочи и санация организма от инфекций, госпитализация и адекватная терапия являются гарантами профилактики детской и материнской смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю. Г., Газимиев М. А., Еникеев Д. В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита // Урология. 2008. № 1. С. 3–6.

2. Антошина Н. Л., Михалевич С. И. Хронический пиелонефрит и беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. // Медицинские новости. 2006. № 2. С. 24–33.

3. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. М. Медицина, 2004. 215с.

4. Шехтман М.М. Акуш. нефрология. М.: Триада-Х, 2000. 255 с.

5. Delzell J.E.Jr., Lefevre M.L. Urinari tract infections during pregnancy // Am Fam Physician. 2000;61:713-721.

Рофиев Р.Р., Ибодов Х.И., Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Хамидов И.

КОМПЛЕКНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Проблема ранней диагностики и лечения инородных тел дыхательных путей (ИТДП) очень актуальна и касается не только оториноларингологов, педиатров, но и детских хирургов. Внедрение в практику детской торакальной хирургии инновационных технологий способствовало развитию бронхологии и бронхологической помощи. От правильной диагностики зависит своевременность удаления ИТДП. Клинические наблюдения показывают, что длительное нахождение инородного тела в бронхе не проходит бесследно [2]. При несвоевременном оказании медицинской помощи развиваются гнойно-деструктивные процессы, которые нередко в дальнейшем требуют хирургического вмешательства и удаления пораженной доли легкого. Иногда инородные тела выявляются, как операционная находка, при резекции доли легкого по поводу бронхоэктатической болезни [1]. Все это является фактором сложности диагностики и недостаточной настороженности практических врачей в отношении инородных тел дыхательных путей у детей.

Ранняя диагностика и своевременное лечение ИТДП у детей до трехлетнего возраста остаётся одной из основных проблем неотложной пульмонологии. Лечение детей с ИТДП в большинстве случаев успешно решается эндоскопическим методом. Однако до настоящего времени нет единого подхода к лечебной тактике при развитии осложнений ИТДП [3, 4].

Цель исследования. Оптимизировать методы консервативного и оперативного лечения инородных тел дыхательных путей у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образовании в сфере здравоохранения РТ» за 25 лет наблюдались и лечились 139 детей до 3-х лет с инородными телами в дыхательных путях. В основном, инородные тела локализовались в правом бронхе – 89 (64%), у 45 (32,3%) - в левом бронхе и лишь у 5 (3,6%) детей ИТДП были локализованы в трахее. Из 139 у 71 (51,0%) больного ИТДП локализовались в нижнедолевом бронхе и только у 11 (7,9%) – в промежуточных и сегментарных бронхах.

Больные в основном (111-79,9%) поступали позже трех суток, и только 20,1% (28) детей обратились в первые трое суток с момента аспирации ИТДП.

Диагноз инородного тела в дыхательных путях в 72,8% основан на анамнестических данных. В 14,6% при неопределённом анамнезе подозрение на аспирацию подтверждалось после клинического обследования, у 12,6% детей диагноз окончательно установлен рентгенологически после обнаружения тени инородного тела.

Решающим и наиболее информативным методом диагностики является эндоскопическое исследование. Но, однако, в сложных ситуациях для установления диагноза ИТДП прибегали к КТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. Характер эндоскопического вмешательства (прямая ларингоскопия, поднаркозная бронхоскопия) определяется особенностями клинических проявлений ИТДП и данными рентгенологических исследований. Аспирированные предметы у 123 (88,5%) детей были установлены при поднаркозной бронхоскопии и только у двух (1,43%) обнаружены и удалены с помощью прямой ларингоскопии. Инородные тела органического происхождения (109-76,9%) всегда сопровождались воспалитель-

ными процессами и нередко (5–3,6%) приводили к абсцедированию. Воспаление при органических инородных телах сопровождается большим количеством гнойной мокроты и резко выраженными явлениями набухания слизистой оболочки с сужением бронхиального просвета. Поэтому во время бронхоскопии не всегда удается (39-28,0%) сразу увидеть инородное тело, что приводит в дальнейшем к неверному лечению.

В 20,1% (28) случаев у детей, поступивших в клинику до 3-х суток, эндоскопически выявлены локально-катаральные изменения бронхов. А у тех детей, которые поступили позже трех суток (111-79,9%), и, особенно, когда инородные тела были органического происхождения (109–78,4%), воспалительный процесс принимал диффузно-гнойный характер.

Период лечения детей с ИТДП был распределен на два этапа: до и после удаления инородного тела из дыхательных путей. Когда у ИТДП имеется гладкая поверхность (87–62,6%) или оно очень плотно фиксировано (вколоченные, 49-35,3%) к стенке бронха, вокруг отмечался выраженный воспалительный инфильтрат. В таких случаях форсированные попытки удаления инородного тела, особенно продолжительные манипуляции, сопровождаются повреждением слизистых оболочек бронхов, кровотечением, а также усилением реактивного отёка. Всё это способствует развитию выраженного бронхоспазма, закупорке просвета бронха, ателектазу легкого, острой бронхопневмонии.

При попадании инородных тел в дыхательные пути у 41% (57) больных развивались различные осложнения. В зависимости от характера присоединившегося осложнения период воспалительного процесса может начаться остро вслед за аспирацией, спустя несколько дней или даже недель после попадания инородного тела. Наиболее частым (35-25,2%) осложнением является ателектаз с последующим развитием тяжелой пневмонии (19–13,6%). У 3 (2,1%) детей после длительного пребывания инородного тела в легком возникло кровотечение.

Таким образом, анализируя клинический материал для выбора более рационального метода лечения, все больные распределены на три группы [4].

Неосложненные (28-20,1%), когда больные поступают в первые сутки с момента аспирации, нет признаков выраженной дыхательной недостаточности и эндоскопически не выражен отек слизистой оболочки, определяется локальное изменение дыхательных путей.

Осложненные – баллотирующие (7-5,0%) и мигрирующие (7-5,0%) ИТДП, которые представляют потенциальную опасность для жизни больного из-за возможного ущемления их в голосовой щели и развития тяжелого ларингоспазма. С другой стороны, мигрирующие ИТДП могут явиться частой причиной обтурации сегментарного или долевого бронха с коллапсом соответствующей части легкого. Особые трудности представляют дети с фиксированными, «вколоченными», ИТДП (43-30,9%), с выраженной дыхательной недостаточностью.

Группа больных (5-3,6%), которые нуждались в проведении оперативных вмешательств. Показаниями к операции у детей с ИТДП являются: локализация аспирированного предмета в ткани легкого и дистальных отделах бронхиального дерева; значительные кровотечения вследствие аспирации остро конечного тела или при попытках эндоскопического удаления его; вклинившиеся в бронх «неудалимые» инородные тела.

Во избежание подобных осложнений эндоскопические манипуляции проводятся под общим обезболиванием после суточной комплексной противовоспалительной терапии на фоне анестезиологической подготовки больного: ингаляция травами (фитотерапия), введение спазмолитиков, коррекция нарушенных параметров гомеостаза, премедикация, полная релаксация под общим обезболиванием.

При неудачных попытках удаления инородного тела (неоднократная бронхоскопия) или когда больной поступает на 3-4 день или позже после аспирации при бронхоскопии обнаруживается выраженный отек тканей вокруг инородного тела (43-30,9%). Стремление к удалению инородного тела во что бы то ни стало, особенно без подготовки, чревато обширной травмой дыхательных путей. Поэтому бронхоскопия в таких ситуациях заканчивается лишь осмотром и санацией трахеи и бронхов. Далее в течение 3-5 дней проводится интенсивная, десенсибилизирующая, антибактериальная терапия, коррекция нарушений показателей гомеостаза. После этого осуществляется повторная эндоскопия с целью удаления ИТДП.

Поражение трахеобронхиального дерева при инородных телах дыхательных путей у детей в большинстве случаев является вторичными. Практически 0у каждого больного с ИТДП обнаруживается травматический эндобронхит на месте локализации инородного тела и прилегающей к нему области. Обследование 139 больного с ИТДП показало, что у 85 (61,1%) детей имеется катарально-гнойный эндобронхит, занимающий сегмент или долю легкого. Поэтому изучение характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам для этиологического лечения больных с ИТДП является актуальным.

При бронхоскопии у большинства детей (85-61,1%) с ИТДП определяется гнойный диффузный эндобронхит пораженной доли легкого. Традиционная терапия (санационная бронхоско-

пия, антибактериальная десенсибилизирующая аэрозоль-терапия) эндобронхита у детей с ИТДП не всегда оказывается эффективной. Поэтому мы в клинике разработали комплексное лечение больных с ИТДП. Оно включает в себя: аэрозоль-фитотерапию, ультразвуковое распыление лекарственных препаратов (УЗРЛП), по показаниям проводится селективный бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ), эндобронхиальные и наружные облучения гелий-неоновым лазером, регионарная лимфотропная антибиотикотерапия (РЛАТ) и имуннокоррекция.

Благодаря комплексному методу лечения пребывание пациентов в стационаре на койке сократилось от 15±1,4 до 9,5±1,6; уменьшилась высеваемость микрофлоры от 57,3±1,7 до 51,1±1,3. Все это способствовало снижению процента осложнений после удаления ИТДП.

Заключение. Таким образом, комплексное дифференцированное лечение больных с ИТДП способствует заметному улучшению отдаленных результатов, уменьшению процента высеиваемой микрофлоры, сокращению сроков ликвидации эндобронхита в среднем на 5±1,3 дней и более, эффективному снижению количества осложнений ИТДП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибодов Х.И. Хронические приобретенные нагноительные заболевания легких у детей: автореф. дис… докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 2003. 40с.

2. Козырева Н.О. К проблеме аспирации инородных тел в дыхательные пути у детей // Фундаментальные исследование. 2011. Т. 3, №9. С. 411-415.

3. Русецкий Ю.Ю., Спиранская О.А., Чернышенко И.О. Инородные тела нижних дыхательных путей у детей: современные диагностические и лечебные подходи // Педиатрия. 2015. Т. 9. С. 444.

4. Кожина В.А., Клочко А.И., Сергиенко В.К., Якубцевич Р.Э., Омельченко Н.Р., Сергиенко Е.Н., Кожина П.В. Удаление инородных тел из трахеобронхиального дерева у детей // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015. №4. С. 51-55.

Рустамова М.С., Мухиддинов Н.Д., Рахимова Б.С., Расулова Л.А., Ерова Г.Р.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ
ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Проблема пролапса тазовых органов (ПТО) приобретает значимую актуальность в связи с ростом частоты заболевания, омолаживанием патологического процесса, высокой частотой осложнений, рецидивов после оперативного вмешательства и ухудшением качества жизни данной категории больных. Частота ПТО в структуре гинекологических заболеваний, по данным разных авторов, колеблется от 20 до 53%, при этом около 47% составляют женщины трудоспособного возраста [1, 2, 5].

Известно, что ПТО часто протекает скрытно, не вызывает болевых ощущений и остаётся не диагностированным, а прогрессирование заболевания приводит к тяжелым осложнениям и выраженным органическим изменениям. Изучение и своевременное выявление ПТО помогут в разработке профилактических мер для предупреждения их развития, указывая тем самым на актуальность настоящих исследований.

Цель исследования. Изучение факторов риска пролапса тазовых органов у женщин.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 62 женщин с пролапсом тазовых органов, которые обращались в консультативно-диагностическую поликлинику и гинекологическое отделение Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии за период 2016-2017 гг. Критерием исключения было наличие пороков развития гениталий у женщин.

Проведен анализ возраста, места проживания и работы, репродуктивной функции женщин, данных антропометрии с оценкой индекса массы тела (ИМТ) и частоты осложнений ПТО.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Возраст исследованных колебался от 21 до 55 лет, в среднем составляя 41,2±2,1 лет, при этом около половины (29/46,8%) женщин были в возрасте от 45 до 55 лет, одна треть (18/29,0%) находились в активном репродуктивном возрасте (с 25 до 34 лет). Пациентки в возрасте от 35 до 44 лет составили 15/24,2%. Изучение менструальной функции показало, что практически у всех женщин (59/95,2%) она была нормальной и только 3/4,8% жаловались на нарушение цикла по типу дисменореи и гиперполименореи. В менопаузе находились 19/30,6% женщин без климактерических нарушений.

Значимые данные получены при анализе паритета исследованных женщин, так как среди них преобладали пациентки, которые имели IV и более (40/64,5%) родов и повторнородящие (20/32,3%) с паритетом II и III, в то же время первородящих было всего 2/3,2% женщин. Следовательно, количество родов может быть одним из факторов риска развития ПТО, что характерно для женщин нашего региона, так как в нашей стране треть женщин репродуктивного возраста являются многократно рожавшими.

Роды у всех исследованных произошли через естественные родовые пути, при этом у большинства (46/74,2%) они были нормальными. В 7/11,3% случаях проведено оперативное родоразрешение через естественные родовые пути с использованием вакуум-экстрактора и акушерских щипцов. Стремительные и быстрые роды, роды крупным плодом были установлены у 10/16,1%. Разрывы промежности и шейки матки отмечены в 9/14,5% случаях. На наличие аналогичных факторов риска ПТО указывают и другие исследователи [3, 4].

Среди обследованных женщин с пролапсом тазовых органов у 12 (19,4%) индекс массы тела (ИМТ) находился в пределах нормы (18,5-24,9 кг/м2). Избыточная масса тела (25,0-29,9 кг/м²) выявлена у 29 (46,8%) и ожирение I-III степени (30,0-34,9 кг/м² до 40 кг/м2) у 21/33,8% больной. Следовательно, подавляющее число исследованных (50/80,6%) имели повышенную массу тела, в среднем составляя 32±2,3 кг/м², что достоверно ($p<0,001$) превышало в 1,6 раз аналогичный показатель женщин с нормальной массой тела (20,3±0,8 кг/м²). Необходимо отметить, что среди исследованных женщин ни в одном случае не был выявлен дефицит массы тела, а женщин с избыточной массой тела было в 1,4 раз выше, чем пациенток с ожирением.

В исследованиях авторов [2, 4, 5] ожирение включено к способствующим фактором риска развития ПТО, однако не уделено внимание женщинам с избыточной массой тела, в то время как результаты настоящих исследованиях показали, что почти половина исследованных имели индекс массы тела в пределах 25-29 кг/м², то есть у них была диагностирована избыточная масса тела. Следовательно, данный показатель может являться фактором риска, а женщины с избыточной массой тела представляют группу риска развития ПТО, нуждаются в проведении профилактических мер по укреплению мышечно-связочного аппарата тазовых органов.

Заключение. К факторам риска развития ПТО можно отнести женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов (45 до 55 лет), повторно- и многократно рожавших, оперативные, стремительные и быстрые роды, роды крупным плодом, избыточную массу тела и ожирение.

Выявление факторов риска ПТО может способствовать ранней диагностике и своевременной профилактике и лечению недостаточности мышц тазового дн.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Дубинская Е.Д. и др. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов.//Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95, №3. С. 341-347

2. Гвоздева М.Ю., Гвоздев Н.В., Тупикина Г.Р. и др. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача-уролога. Методические рекомендации. Москва, 2016. 55 с.

3. Гутикова Л.В. Пролапс гениталий: современное состояние проблемы. //Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2012. №1. С. 86-89

4. Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Колесникова С.Н. и т.д. Сексуальная функция пациенток с ранними формами пролапса тазовых органов // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2016. № 2 С. 76-81.

5. Milsom I., Altman D., Cartwright R. and all. Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. // Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence; eds., P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein. Paris: Health Publication Ltd, 2013. P.15-107.

Сабурова Х.Ш.

ВЕДЕНИЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ У СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН

Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вахидова
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс акушерско-гинекологической помощи в течение последних десятилетий, проблема акушерских кровотечений не решена и по сей день. Они снижают качество жизни, приводят к инвалидизации женщин репродуктивного возраста, а в ряде случаях и к летальному исходу [2]. Основные причины массивных акушерских кровотечений: преждевременная отслойка плаценты, гипотоническое кровотечение в последовом и послеродовом периоде, разрыв матки, врастание плаценты в стенку матки. Основные причины смерти при массивных кровотечениях: геморрагический шок, острая тяжелая анемия, полиорганная недостаточность, отек головного мозга [4]. Частота массивных акушерских кровотечений составляет от 1,25% до 1,38% от общего числа родов [3].

Своевременная адекватная инфузионно-трансфузионная терапия имеет большое значение для выживаемости пациенток и риска развития тяжелых осложнений кровотечения. Применение трансфузионных сред (СЗП и эритромассы) позволяет избежать тяжелых коагулопатических нарушений, предотвращает тяжелую анемию, нивелирует гемоконцентрационные отклонения. Промедление в начале введения инфузионных сред и несоответствующий объему кровопотери качественный либо количественный набор препаратов зачастую приводят к развитию выраженных гемодинамических нарушений с развитием полиорганной недостаточности [1].

Цель исследования. Изучение массивной кровопотери в акушерской практике у сельских женщин.

Материал и методы исследования. Изучены 34 случая массивных кровотечений в акушерстве. Только 2017 году отмечено 28 случаев, в 2018 за 3 месяца – 5 случаев массивных кровотечений и 1 случай взят из 2016 года. Все больные поступили в родильное отделение Хатлонской областной клинической больницы имени Б.Вахидова г. Бохтар в тяжелом состоянии. Возраст больных был от 20 до 24 лет у 6 пациенток, 25 – 35 - в 21 случае, 36 – 41 лет – у 7. Количество кровопотери составило 1200 – 1500 мл у 15 больных, 1600 – 2000 мл – у 13, от 2000 до 4000 мл – у 6 пациенток. Поступление зимой отмечено у 15 беременных, весной – 5, летом – 8, осенью – 6. Паритет пациенток был следующим: первородящих было 7, повторнородящих (2-е и 4-е роды) – 25, многорожавших – 2. У всех (100%) беременность протекала на фоне анемии средней степени. Из экстрагенитальной патологии имелся хронический пиелонефрит в 9 случаях. Среди гинекологической патологии отмечена миома матки у 1 беременной. С рубцом на матке поступили 11 беременных. Осложнение в виде умеренной преэклампсии встречалось в 17 случаях. Среди патологии беременных отмечалась двойня - у 2, многоводие – у 3.

Результаты и их обсуждение. Массивное кровотечение развилось у 1 родильницы в раннем послеродовом периоде и остановлено консервативными методами лечения (окситоцин, мизопростол, прижатие брюшной аорты по Бирюкову). Беременность закончилось у 21 беременной срочными родами, у 13 – преждевременными. Мертворожденность отмечена в 12 случаях, ранняя неонатальная смертность – в 6, внутриутробная задержка развития плода – в 3. У одного новорожденного имелась врожденная злокачественная опухоль почек с обеих сторон размерами по 15×13 см, также у него отмечено сочетание аномалий развития ног – косолапость и укорочение нижних конечностей.

Причинами массивных кровотечений были: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 17, предлежание плаценты – 5, гипотония и атония матки – 5, разрыв матки – 2, placenta per creta – 2, приращение плаценты – 2 и миома матки – 1. Вследствие массивных кровотечений развились такие осложнения, как геморрагический шок у 8 больных и ДВС-синдром – у 5. По ходу выполнения операций отмечено ятрогенное повреждение мочевого пузыря в 1 случае (беременная с 3-мя рубцами на матке) и кишечника – 1 (при 1 рубце на матке).

Объем выполненных операций у рожениц с массивным кровотечением: кесарево сечение на нижнем маточном сегменте – 29, корпоральное кесерево сечение – 3, ампутация матки без придатков – 8, экстерпация матки с левыми придатками – 2, наложение гемостатического шва Б-Линч – 4, консервативная миомэктомия – 1, гистеротомия с ушиванием разрыва шейки матки и матки – 1, ушивание разрыва мочевого пузыря – 1, наложение тонко-тонкокишечного анастомоза – 1.

Во время операций и раннем послеродовом периоде проведена инфузионно-трансфузионная терапия с учетом количества кровопотери и показателей Hв, Ht. В послеоперационном периоде проведено лечение анемии феркайлом, сопутствующих экстрагенитальных заболеваний и осложнений. Структура осложнений в послеоперационном периоде следующая: обострение хронического бронхита - в 1 случае, метрит – в 1, постинъекционная головная боль – у 2 больных.

Заживление послеоперационных ран у всех родильниц первичным натяжением. Все родильницы выписаны домой с выздоровлением в удовлетворительном состоянии под дальнейшее наблюдение акушера-гинеколога по месту жительства.

Заключение. Массивная кровопотеря до настоящего времени остается серьёзной проблемой в акушерстве, имеет свои причины, осложнения и последствия. В связи с этим необходимо изучение этого грозного осложнения, разработка национального стандарта и внедрение его в акушерскую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайдуллоев Б.Б., Абдурахманов Ф.М., Гайратов В.Б., Олимов З.Д. Анализ качественного и количественного обеспечения инфузионно-трансфузионной терапии массивных кровопотерь в акушерстве // Труды научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения». Душанбе, 2013. С. 30 – 32.

2. Леонидзе Л.Д. Инфузионно-трансфузионная терапия в комплексе лечения массивных кровотечений в раннем послеродовом периоде: автореф. дисс. … канд. мед. наук. Москва, 2012.

3. Торчинов А.Р., Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Рогачевский О.В. Органосохраняющая тактика лечения массивных кровотечений в акушерстве // Материалы XIV Всероссийского научного форума «Мать и дитя» и V съезда акушеров-гинекологов России. Москва, 2013. С. 213 - 214.

4. Торчинов А.Р. Автореф. дисс. … канд. мед. наук. Москва, 2015.

5. Фролова О.Г., Гусева Е.В., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н. Кровотечение как причина материнской смертности // Материалы XVII Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя». Москва, 2016. С. 303.

Садиков Ф.О., Ёраков Ф.М.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. На сегодня стоматологическая наука шагнула далеко вперед, созданы новые пломбировочные материалы. В настоящее время широко используются как давно известные из них, так и совершенно новые, более отвечающие эстетическим требованиям. К последним относятся композитные пломбировочные материалы [1, 2].

Тем не менее, владение современными пломбировочными материалами не дает в полной мере уверенности в удовлетворении всех потребностей клиники для эффективного восстановления твердых тканей зубов. В этой связи возникает необходимость в совершенствовании методики пломбировании кариозных полостей, особенно в плане воссоздания полноценной биофункциональной системы «зуб-пломба». Так, на границе соединения этих двух сред возникают значительные напряжения в результате несоответствия физико-механических свойств пломбировочных материалов, применяемых при реставрации твердых тканей зубов [3, 4].

Цель исследования. Оценка результатов использования реставрационных материалов при оперативно-восстановительном лечении кариеса зубов.

Материал и методы исследования. Клиническая оценка качества проставленных пломб производилась по нижеследующим критериям: анатомическая форма пломбы, краевое прилегание и окрашивание (изменение цвета по наружному краю) пломбы. Именно по такому принципу проводился сравнительный анализ качества ранее поставленных пломб по выделенным группам в зависимости от вида материала, класса кариозной полости и диагноза.

Основу проведенного клинического анализа по ранее поставленным пломбам за 3 года составили

наблюдения 618 пломб, которые подразделялись на силикатные (силицин, силицин-Р, алюмодент и Fritex), стеклоиономерные (Стион-РХ, Стион-РС, Fuji-DC), композиционные материалы светового (Charisma, Prisma TPH, Herculite, Spectrum TPH) и химического (Акрилоксид, Карбодент, Стомадент, Compolux, Composite) способов отверждения, равные в количественном отношении соответственно 310, 67, 101 и 140 пломбам.

Результаты и их обсуждение. Массивное кровотечение развилось у 1 родРезультаты качественного анализа ранее поставленных пломб в зависимости от вида материала подтвердили преимущество стеклоиономерных и композиционных материалов светового способа отверждения над силикатными пломбами и материалами химического способа отверждения. Так, наибольшее количество пломб с клинически выявляемыми дефектами было обнаружено при наличии силикатных материалов Силицин и Fritex (соответственно 63,7% и 55,7% случаев), пломб химического способа отверждения Акрилоксид (52,2%), Карбодент (46,8%), Стомадент (41,1%), Compolux (40,0%) и Composite (38,7%).

Наименьшее количество пломб с клинически выявляемыми дефектами обнаружено при наличии стеклоиономерных пломб Fuji-DC (13,5%), Стион-РХ (21,6%), Стион-РС (20,9%) и композиционных материалов светового способа отверждения Charisma, Prisma TPH, Herculite и Spectrum TPH (соответственно 13,3%, 11,9%, 10,7% и 11,1%).

По результатам проведенного исследования выяснилось, что наибольшее количества пломб с нарушениями анатомической формы было выявлено при наличии силикатных пломб Силицин и Fritex (соответственно 29,7% и 25,1% случаев от общего количество ранее поставленных пломб из этих материалов). Аналогичная картина отмечалась при наличии пломб химического способа отверждения Акрилоксид (24,2%), Карбодент (23,6%), Стомадент (19,4%), Compolux (16,0%) и Composite (14,2%). При качественном анализе пломб по критериям анатомической формы наименьшее количество пломб с нарушениями упомянутых критериев нами выявлено при наличии стеклоиономерных пломб Fuji-DC (2,3%), Стион-РХ (9,9%), Стион-РС (10,1%) и композиционных материалов светового способа отверждения Charisma (7,1%), Prisma TPH (6,6%), Herculite и Spectrum TPH (соответственно 4,4% и 4,1%).

Проводимая нами сопоставительная оценка пломб в процессе наблюдения за различными ранее поставленными пломбировочными материалами позволяет констатировать о следующем. Состояние ранее поставленных силикатных пломб оценивается как отличное в 13,9% случаев, удовлетворительное – в 36,0%, неудовлетворительное – в 50,1%. Для материалов химического способа отверждения усредненное значение подобной градации составило соответственно 23,2%, 43,2%, 33,6% при среднецифровом значении используемой градации 67,5%, 29,9%, 2,6% и 83,3%, 15,4%, 1,3% - соответственно для светоотверждаемых и стеклоиономерных композиционных пломб.

Заключение. Таким образом, на основании сопоставительного анализа ранее поставленных пломб можно заключить, что вид пломбировочного материала оказывает достоверное влияние на частоту клинически выявляемых дефектов пломб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологи. Киев: Книга плюс, 2010. 200 с.

2. Никольшин А.К. Современные композиционные пломбировочные материалы. Полтава, 2009. 55 с.

3. Brein W.J. Dental materials and their selection. 2010. Vol. 27, N 1. P. 157-162.

4. McLean J.W. The clinical use of glass-ionomer cements // Dent Clin North Am. 2012. Vol. 36, N 3. P. 693-711.

Сайдуллоев Л.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛОВЕЛАС ФОРТЕ» В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост частоты возникновения эректильной дисфункции у мужчин молодого и среднего трудоспособного возрастов [2, 4]. В

настоящее время актуальными являются вопросы лечения эректильной дисфункции, улучшения качества жизни больных, особенно их сексуального здоровья, физическими методами и фармакологическими средствами [3]. В связи с этим требуется применение современных методов лечения больным с эректильной дисфункцией (ЭД).

Цель исследования. Изучение эффективности препарата Ловелас форте на эректильную функцию мужчин.

Материал и методы исследования. Объектом исследование был 41 пациент в возрасте от 19 до 50 лет (средний возраст составил 34,5±0,1 года), предъявляющий жалобы на умеренное снижение спонтанных и адекватных эрекций, «симптом ожидание неудачи». Продолжительность жалоб отмечалась в течение 1,5-2 лет.

Всем больным до лечения проводилось анкетирование эректильной функции в виде опросника Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), микробиологическое исследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), определение вторичных половых признаков (осмотр наружных половых органов, характер оволосения, пальпация яичек и их придатков), пальцевое ректальное исследование предстательной железы.

Исследовались половые и гонадотропные гормоны, глюкоза крови.

Лечение проводилось препаратом Ловелас форте. Каждая капсула Ловелас форте содержит: эврикому, кордицепс и смилакс. Эврикому получают из кустарники семейства парнолистниковых. При производстве Ловеласа форте используют нижнюю часть корня растения. Именно она способна увеличить количество тестостерона [2]. За счет положительного воздействия на центральные механизмы сексуальной функции у мужчин препарат повышает либидо (половое влечение) и удовлетворенность половым актом [1]. Мы применяли Ловелас форте по 1 капсуле перед половым актом в течение 10 дней.

Результаты и их обсуждение. Из 41 пациента у 21 больного выявлена психогенная ЭД, у 9 - эндокринные нарушения (у 6 - вторичный гипогонадизм и у 3 - гиперпролактинемия), у 7- смешанная форма ЭД. У всех пациентов исключены ИППП, сахарный диабет, гиперлипидемия. МИЭФ-5 у всех пациентов были ниже 20 баллов. Умеренное снижение тестостерона до нижней границы нормы отмечено у 3 пациентов в виде гипоганадизма, а гиперпролактинемия определялась у 2 больных со смешанной ЭД.

После окончание лечения отмечалось восстановление эрекции, исчезновение симптома «ожидания неудачи», повысилось либидо. В результате лечения МИЭФ-5 стал выше 21 балла, а при опросе половых партнерш спустя 2 месяца после лечения качества эрекции их устраивало. У 2 пациентов отмечено незначительное улучшение эрекции после лечения.

Заключение. Применение препарата Ловелас форте в лечении больных с различными формами эректильной дисфункции позволяет значительно улучшить их сексуальное здоровье и качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горпинченко И.И., Нуриманов К.Р.. Эректал-50 в лечении пациентов с эректильной дисфункцией // Здоровье мужчны. 2011. №4. С. 14-15.

2. Лопаткин Н.А., Ковалев В.А., Королева С.В. Этиология и эпидемиология эректильных расстройств //Материалы муждунар. конф. – Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение. М., 1999. С. 143-145.

3. Ledda A. Cigarette smoking, hypertension and erectile dysfunction // Curr. Med. Res. Opin. 2000. Vol. 16, Suppl 1. P. 13-16.

4. Wagner G., Montorsi F., Auerbach S., Collins M. Sildenafil citrate (VIAGRA) improves erectile function in elderly patients with erectile dysfunction: a subgroup analysis // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2001. Vol. 56(2). P. 113-119.

Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М., Тиллабоев С.В., Худойкулов З.М.

ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института

Актуальность. Число детей с хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития (ВПР), постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению [3]. В

структуре ВПР аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют от 21,7% до 25%. В 33% случаях они проявляются врожденной кишечной непроходимостью (ВКН) и являются наиболее частым поводом для госпитализации новорожденных в хирургический стационар для оперативного вмешательства [2, 3]. Частота рождения детей с ВКН составляет 1:1500-1:2000 новорожденных. Многообразные формы ВКН в большинстве случаев приходятся на неонатальный период и до 3 месяцев жизни детей. Но возникновение проявлений кишечной непроходимости (КН) у детей возможно и в старших возрастных группах, у подростков и даже взрослых [1]. Сочетанная с кишечной непроходимостью патология встречается у 30-70% детей. В большей степени она характерна для пациентов с патологией двенадцатиперстной кишки с высокой частотой сочетания с другими пороками, синдромом Дауна [4]. Несмотря на совершенствование диагностики и лечения детей с указанной патологией, данная проблема по-прежнему актуальна, прежде всего, из-за риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу в 45%-76% случаев, обусловленных запоздалой диагностикой или неправильной лечебной тактики [2-4].

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений ВКН у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материал и методы исследования. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 327 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет. Новорожденных было 256 (78,3%); детей до 3 месяцев – 14 (4,3%); от месяца до 1 года – 16 (4,9%); от 1 года до 3 лет – 11 (3,4%); от 3 - до 7 лет – 13 (3,9%); 7-18 лет – 17 (5,2%). Среди больных преобладали мальчики – 201 (61,5%), девочек было 38,5% (126).

Больным проводили комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические (обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование ЖКТ); ирригографию. В сложных случаях проводили КТ органов брюшной полости. У 129 (39,4%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 198 (60,6%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты и их обсуждение. При высокой КН причинами были: пороки развития самой duodenum (атрезия – 7 (5,4%), стенозы – 5 (3,9%), мембраны – 19 (14,7%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 3 (2,3%), кольцевидная или клещевидная поджелудочная железа – 32 (24,8%); смешанные формы – 1 (0,8%). В 62 (48,1%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии 83 (41,9%) и стенозы 4 (2,0%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой кишки – 11 (13,3%). Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена у 17 (8,6%). У 61 (30,8%) ребенка различные формы мальротации кишечника сопровождались клинико-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Мекониальная непроходимость имелась у 11 (5,6%), наружное сдавления кишечника – у 18 (9,1%) больных. Препятствия с многоместной локализацией отмечены в 4 (2,0%) случаях.

У 196 (59,9%) больных кишечная непроходимость проявлялась классическими клиническими признаками (вздутие и боли в животе, беспокойство ребенка, рвота, отсутствие стула и отхождение газов). У 131 (40,1%) ребенка отмечались только отдельные проявления кишечной непроходимости.

Кишечная непроходимость у 135 (41,3%) больных была обусловлена нарушением формирования просвета самой кишечной трубки – атрезией, стенозами – у 99 (73,3%); мембранами – у 36 (26,7%); у 53 (16,2%) – наружным сдавлением кишечника (спайками) прилегающими органами или их патологическими образованиями; у 123 (37,6%) детей – с нарушениями ротации и фиксации брыжейки средней кишки или отдельных участков тонкой или толстой кишки. В 5 (1,5%) случаях причинами ВКН служили сочетания нескольких вариантов нарушений формирования кишечной трубки (атрезия и стеноз или атрезия и мембрана) в отдельных участках. В этих случаях следует говорить о многоместной смешанной форме кишечной непроходимости врожденного генеза. У 11 (3,4%) больных признаки низкой кишечной непроходимости были обусловлены кистофиброзом поджелудочной железы.

Заключение. ВКН у детей обусловлена нарушениями формирования самой кишечной трубки (41,3%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (37,6%); пороками развития других органов, приводящими к сдавлению кишечника (16,2%); мекониальной непроходимостью (3,4%). У 1,5% больных причины имели мультифакторный характер.

Факторами, определяющими течение ВКН, являются уровень локализации, степень обструкции по ходу кишечника и характер возникающих осложнений.

Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВКН, выборе тактики и оптимальных сроках проведения операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бревдо Ю.Ф., Сергеечев С.П. Дуоденальная непроходимость у ребенка 13 лет// Детская хирургия. 2002. №2. С.45.
2. Веселый С.В., Грона В.Н., Сопов Г.А. Синдром рвоты при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных// Українськиий журнал хірургіі. 2010. №1. С.5-13.
3. Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Железнов А.С., Батанов Г.Б., Николайчук В.А. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта как совместная проблема детских хирургов и педиатров // Медицинский альманах. 2010. № 4(13). С. 208-210.
4. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е., Николаев В.Н. Результаты лечения новорожденных с пороками развития //Дальневосточный медицинский журнал. 2012. №1.С.74-77.

Сафаров С.А., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Рахмонов И.Р., Олимов А.М.

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Распространенность травматизма лицевого скелета и непосредственно нижней челюсти является достаточно высокой, составляя 57% от общего числа травмированных больных в челюстно-лицевую область. Клиническая картина при переломах нижней челюсти характеризуется болевым синдромом, смещением и подвижностью отломков, нередко наблюдается видимая деформация челюстно-лицевой области, как правило, имеют место изменения функции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, прикуса и артикуляции [1-3].

Цель исследования. Изучить функциональную активность жевательных мышц у больных с переломами нижней челюсти после хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Обследованы 42 больных, которым проводилось комплексное (хирургическое и ортопедическое) лечение переломов нижней челюсти в сочетании с дефектами зубных рядов. Группу сравнения составили 17 человек с ортогнатическим прикусом и без дефектов зубных рядов.

Состояние жевательных мышц, восстановление амплитуды движения нижней челюсти, функции ВНЧС (височно-нижнечелюстной сустав) изучались с помощью электромиографии с использованием 2-канального аппарата CADWELL Sierra (США). Была проведена игольчатая, стимуляционная и поверхностная электромиография мышц, которые располагались в зоне остеосинтеза, в состоянии физиологического покоя и при физической нагрузке.

Результаты и их обсуждение. У пациентов основной группы осмотр лица при смыкании зубных рядов в положении привычной окклюзии позволил выявить асимметрию правой и левой половин лица. При этом отмечалось ограничение амплитуды максимального открывания рта в вертикальной и горизонтальной плоскостях, а также ограничение переднего движения нижней челюсти. Открывание рта сопровождалось изменением симметричности движений нижней челюсти в 90,3% наблюдений. Клиническое обследование позволило установить признаки мышечно-суставной дисфункции у 97,3% пациентов данной группы. Анализ амплитуды биопотенциалов жевательных мышц при сжатии челюстей в центральной окклюзии показал их взаимосвязь со степенью мышечно-суставной дисфункции.

Клиническое обследование, проведенное после лечения, позволило диагностировать признаки мышечно-суставной дисфункции у 59,7% пациентов первой группы. У 40,3% пациентов данной группы признаков мышечно-суставной дисфункции не установлено. После окончания лечения биоэлектрическая активность жевательных мышц при сжатии

челюстей в положении центральной окклюзии приближалась к норме.

Результаты измерений электромиографической активности жевательных мышц при сжатии зубных рядов в положении центральной окклюзии у пациентов основной группы свидетельствуют о том, что после проведенного лечения отмечается изменение электромиографической активности жевательных мышц при сжатии челюстей в положении центральной окклюзии. Проведенное клиническое обследование позволило установить, что симптомы мышечно-суставной дисфункции определялись у 97,3% пациентов основной группы.

Я Клиническое обследование, проведенное после лечения, позволило диагностировать признаки мышечно-суставной дисфункции у 59,7% пациентов. Электромиографическое исследование позволило фиксировать изменения жевательных мышц в процессе лечения и определять момент адаптации жевательных мышц к новым условиям функционирования. В результате лечения было отмечено увеличение амплитуды биопотенциалов собственно жевательных и височных мышц. Электромиография позволила выявить восстановление амплитуды биопотенциалов жевательных мышц при легкой степени мышечно-суставной дисфункции и приближение ее к параметрам нормы при средней и тяжелой степенях дисфункции.

Заключение. Таким образом, у пациентов с переломами нижней челюсти в сочетании с дефектами зубных рядов при сжатии зубных рядов в положении центральной окклюзии отмечается уменьшение амплитуды биопотенциалов собственно жевательных и височных мышц. Комплексное лечение способствует скорейшей реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багарян Е.А., Лепилин А.В., Коннов В.В., Батусов Н.А. Изменения функции жевательных мышц у пациентов с переломами нижней челюсти // Развитие стоматологической науки и практики: матер. междунар. науч. практ. конф. Полтава, 2011. С. 61–62.

2. Лепилина А.В., Коннова В.В., Банарян У.А., Батусова Н.А. Функциональное состояние жевательных мышц у пациентов с переломами нижней челюсти // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, №1. С. 108-111.

3. Миланов Н.О., Караян А.С., Адамян Р.Т. и др. Предоперационное планирование у пациентов с дефектами челюстей при последующем восстановлении жевательной функции // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2012. №1. С.19-32.

Сироджов К.Х., Бегов А.Х., Сироджзода М., Сафаров А.Х., Норматов Дж.

АРТРОПЛАСТИКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Актуальность. Переломы шейки бедренной кости являются серьезной медицинской проблемой, что связано с высокой частотой (до 6% от всех переломов) и тяжелыми последствиями. Перелом шейки бедра в 90% случаях наблюдается у людей старше 65 лет. У женщин такие переломы случаются в 4-5 раз чаще, причиной чаще всего является остеопороз кости [1, 2].

Высокая частота неудовлетворительных функциональных результатов связана с отсутствием критериев выбора оптимального метода лечения, несмотря на наличие большого количества различных металлоконструкций, чем объясняется растущий интерес к исследованиям функциональных результатов хирургического лечения переломов шейки бедра [2].

По мнению целого ряда специалистов, 2,44%–10,99% всех осложнений остеосинтеза проксимального отдела бедра требуют повторных оперативных вмешательств [3]. Необходимость артропластики тазобедренного сустава возникает вследствие декомпенсированных структурно-функциональных дисфункций после медиальных переломов проксимального отдела бедра: аваскулярный некроз головки бедра, декомпенсированный посттравматический остеоартроз, ложный сустав, несостоятельность остеосинтеза, инфекционные осложнения, хронический

болевой синдром в тазобедренном суставе [4]. Применение технологии артропластики в лечении данной группы пациентов имеет преимущества в виде ранней активизации и адаптации.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов лечения пациентов по технологии артропластики тазобедренного сустава после переломов шейки бедра.

Материал и методы исследования. В исследование включены 87 пациентов (41 мужчин и 36 женщин) с диагнозом «перелом шейки бедренной кости», наблюдавшихся нами в 2015-2017 гг.

Основную группу составили 69 (79,3%) больных, которым была произведена артропластика тазобедренного сустава.

В контрольную группу включены 18 (20,7%) больных, у которых лечение проведено традиционно путем остеосинтеза винтами и пластиной.

Критерием включения было проведение артропластики тазобедренного сустава, клиническая и рентгенологическая картина, соответствующая перелому шейки бедра. Больные не имели серьезной сопутствующей патологии, способной повлиять на исход лечения.

Всем пациентам проводилась оценка антропометрических показателей, таких как рост, масса и индекс массы тела. Лучевой мониторинг включал в себя рентгенографию ТБС в прямой проекции до и после операции. Функции тазобедренного сустава в послеоперационном периоде оценены по системе оценки Харриса (1969).

Результаты и их обсуждение. Показатели функциональной активности основной группы по шкале Харриса: через 2 месяц - 44,2±2,2 и 43,3±5,3 баллов, через 6 месяцев - 84,2±8,2 и 83,1±9,1 баллов, в конце 12 месяца - 86,2±4,3 и 85,5±4,3 баллов, в конце 18 месяца 91,5±6,2 и 90,8±5,1 баллов соответственно ($p<0,05$).

Внедрение технологии артропластики тазобедренного сустава после перелома шейки бедра решило задачи опороспособности поврежденного сегмента и трудоспособности пациентов за короткие сроки, по отношению к традиционным методам остеосинтеза. Приживление эндопротезов составило 100%, в свою очередь, в периимплантной и посегментарной зонах имелась тенденция ремоделирования остеопороза, особенно в первом полугодии, с последующим переходом на стабилизацию этих параметров.

Лечение переломов шейки бедра в контрольной группе заключалось в проведении внесуставного остеосинтеза шурупами и пластиной. Активизация больных на фоне внесуставного остеосинтеза была возможна, только на 30-35-е сутки с момента операции.

Двигательная активность после артропластики тазобедренного сустава стала возможна на 2-3-е сутки с момента операции. Показатели качества жизни, такие как физические и психологические параметры, демонстрировали положительную динамику, возврат пациента к полноценной жизни, при этом самооценка пациентов сохранялась на низком уровне, что объясняется перенесенной травмой тазобедренного сустава. Высокий риск инвалидизации при данной патологии диктует необходимость использования лечебных технологий, способствующих скорейшему возврату к активной полноценной жизни.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пролежни крестцово-копчикового отдела - у 5 (27,8%), гипостатическая пневмония – у 3 (16,7%) больных контрольной группы, тромбофлебит сосудов голени - у 4 (22,2%) пациентов основной группы.

В отдаленном периоде отмечены дегенеративно-дистрофические процессы - у 8 (44,4%) больных, деформация и неопорность сегмента – у 5 (27,8%), ложные суставы – у 5 (27,8%) пациентов контрольной группы. У основной группы в 3 (16,7%) случаях имела место посттромбофлебитическая болезнь.

Заключение. Артропластика тазобедренного сустава при переломе шейки бедра обеспечивает эффективную бытовую и трудовую реинтеграцию больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. М., 2012. 312 с.

2. Колондаев А.Ф., Балберкин А.В., Загородний Н.В. Полвека использования сверх высокомолекулярного полиэтилена в эндопротезировании. Достижения, проблемы, перспективы // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2012. №4. С. 85–94.

3. Bonnevialle P., Saragaglia D., Ehlinger M., Tonetti J., Maisse N., Adam P Trochanteric locking nail versus arthroplasty in unstable intertrochanteric fracture in patients aged over 75 years // French Hip and Knee Society (SFHG); Trauma Surgery Academy (GETRAUM). Orthop Traumatol Surg Res. 2011. Vol. 97, Suppl. 6. S. 95-100.

4. Enocson A1, Mattisson L, Ottosson C, Lapidus LJ. Hip arthroplasty after failed fixation of trochanteric and subtrochanteric fractures.// Acta Orthop. 2012. Vol. 83 (5). P. 493-498.

Сироджов К.Х., Холов Д.И., Исупов Ш.А., Сафаров А.Х., Баротов Х.Н., Сироджзода М.

ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГКБ №3 г. Душанбе

Актуальность. Переломы длинных трубчатых костей конечностей занимают ведущее место в структуре травматизма последних десятилетий. По различным литературным данным, их удельный вес колеблется от 24,7% до 49,8% среди всех травм опорно-двигательного аппарата. Подобные повреждения отличаются значительным разнообразием и тяжестью, и, кроме того, нередко являются компонентом сочетанных и множественных травм, сопровождающихся большой кровопотерей и травматическим шоком [1, 2].

В последние годы отмечен выраженный прогресс в использовании для лечения пострадавших с переломами длинных костей высокотехнологичных методик внутреннего малоинвазивного остеосинтеза. Это позволило в значительной степени уменьшить отрицательные стороны применения различных классических методик внутренней и внешней фиксации, особенно при лечении переломов длинных костей у больных с множественными и сочетанными повреждениями [2-4].

Блокирующий остеосинтез является наиболее биомеханически (ось конструкции совпадает с осью нагрузки) и биологически (минимальность инвазии) оправданным методом фиксации отломков и признан «золотым стандартом» лечения диафизарных переломов [4].

Лечение больных с переломами длинных костей является трудной задачей, так как в связи с возрастными особенностями пострадавших, тяжестью сопутствующих заболеваний и травм имеется большой удельный вес неудовлетворительных результатов лечения и летальности.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пострадавших с сочетанными переломами длинных костей.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 89 больных с политравмой за 2015-2018 гг. Из них мужчин было 56 (62,9%), женщин - 33 (37,1%). Преобладали лица мужского пола трудоспособного возраста, что свидетельствует о социальной и экономической значимости обсуждаемой проблемы.

Больных распределили на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 68 (76,4%) пациентов, у которых проведен малоинвазивный остеосинтез блокирующими интрамедуллярными штифтами. В контрольную группу включен 21 (23,6%) больной с традиционным остеосинтезом.

В структуре политравмы доминировал дорожно-транспортный травматизм – 51 (57,3%) пациент.

Тяжесть травмы и состояние больных, степень шока и другие витальные нарушения оценены с помощью существующих объективных критериев оценок. Для оценки тяжести травм была использована шкала AIS (Abbreviated Injury Scale – сокращённая оценка травмы, 1971 г.), TS (trauma score) (1981) и тяжесть черепно-мозговой травмы (ЧМТ) по шкале комы Глазго (1974).

В программу обследования больных, кроме клинического осмотра, входила лучевая диагностика и клинические лабораторные анализы.

Результаты и их обсуждение. У больных основной группы в первые сутки с целью временной иммобилизации области переломов бедренной кости в предоперационном периоде были использованы: стержневой остеосинтез - в 54,4%, скелетное вытяжение - в 39,7%, гипсовая повязка - в 5,9% случаях.

Для коррекции деформаций после выхода больных из критического состояния (на 6-7-е сутки) и стабилизации жизненных органов производился интрамедуллярный блокирующий остеосинтез.

Тактика лечения переломов конечностей в контрольной группе первоначально заключалась в основном в применении скелетного вытяжения. В плановом порядке накостный остеосинтез модифицированной пластиной произведен в 13 (61,9%) случаях, интрамедуллярный остеосинтез – в 3 (14,3%), аппаратами наружной фиксации - у 4 (19%) больных, лечение на скелетном вытяжении проведено у 1 (4,8%) пациента.

Одним из критериев благоприятного исхода лечения является ранняя вертикализация больных и сокращение койко-дней. Мобилизация больных в основной группе осуществлена на 2-3-е сутки, в контрольной – на 20-25-е сутки с момента операции.

В отдаленном периоде отмечены: деформация и укорочение конечности - у 4 (19%), ложные суставы - у 3 (14,3%) больных, деформация конечности – у 2 (9,5%) пациентов контрольной группы. У пациентов основной группы в 2 (2,9%) случаях развился тромбофлебит глубоких вен конечности, контрактура коленного сустава – у 1 (1,5%) больного.

Заключение. Использование технологии малоинвазивной внутренней фиксации при лечении пострадавших с переломами длинных костей, по сравнению с традиционным остеосинтезом, обеспечивает возможность более раннего выполнения хирургической фиксации костных отломков, а также сокращение сроков послеоперационного стационарного лечения за счет более ранней выписки без существенного риска возникновения местных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лапшин Д.В., Березка Н.И., Литовченко В.А., Гарячий Е.В. Определение оптимальной хирургической тактики при переломах длинных костей с учетом объективных методов оценки тяжести политравмы (обзор литературы) // Травма. 2014. Т. 15, № 3. С. 121–124.

2. Тюляев Н.В., Воронцова Т.Н. Актуальность внеочаговой фиксации переломов у пострадавших в чрезвычайных ситуациях // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 3. С. 27-29.

3. Яндиев, С.И. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости у детей с политравмой // Медицина катастроф. 2010. № 4. С. 25-29.

4. Lovald S., Mercer D., Hanson J. et al.Hardware removal after fracture fixation procedures in the femur // J. Trauma Acute Care Surg. 2012. Vol. 72, № 1. P. 282-287.

[1]Солиев О.Ф., [1,2]Султанов Д.Д., [1]Джабборов Х.А., [2]Холов С.К.

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Актуальность. Варикозная болезнь имеет чрезвычайно широкое распространение в современном мире. Так, по оценкам независимых экспертов ВОЗ, данная патология наблюдается у 15-50% взрослого населения большинства стран Европы и Северной Америки [1, 2, 6]. Согласно обзорным статьям, распространенность варикозного расширения вен нижней конечности колеблется от 2% до 57% у мужчин и от 1% до 73% у женщин. Вариация распространенности зависит от географического региона, распределения факторов риска населения, точности применения диагностических критериев, качества доступности медицинских, диагностических и лечебных ресурсов [4, 5, 7]. Основными причинами, способствующими развитию заболевания, являются: наследственный фактор (67,4%), работа, связанная с тяжелым физическим трудом (29,9%) и беременность (17,1%) [3, 4]. Распространенность заболеваний вен в Таджикистане недостаточно изучена, а результаты эпидемиологических исследований, проведенных за рубежом, устарели, в связи с этим предпринято настоящее исследование.

Цель исследования. Изучить частоту заболеваний вен нижних конечностей у сельских жителей Таджикистана.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 2000 жителей двух сельских районов южного региона Таджикистана – Дусти и Джалолиддина Балхи. Исследования проведены в сельских врачебных амбулаториях и центральных районных больницах при посещении этих лиц по поводу различных заболеваний или при профилактических осмотрах без специального отбора.

При обследовании жителей учитывали следующие факторы риска развития варикозной болезни: тяжелая работа (регулярное поднятие тяжести, стоячая, сидячая, полевые работы, сопровождающиеся ходьбой и нахождением на ногах около 12 часов в течение дня), наследственность, ожирение, количество беременностей у женщин, особенности условий труда и образа жизни.

Результаты и их обсуждение. Варикозная болезнь обнаружена у 780 (39%) из 2000 обследованных лиц. Сочетания различных факторов риска

среди больных варикозной болезнью выглядели таким образом: 1 фактор риска был выявлен у 198 лиц (25,4%), 2 фактора - у 160 (20,5%), 3 фактора – у 378 (48,5%), а у 44 (5,6%) пациентов с варикозной болезнью отсутствовали какие-либо факторы риска. Сочетания двух и более факторов отмечалось у 69,1% пациентов с варикозной болезнью, тогда как среди здоровых лиц они были отмечены только у 24,7%. Среди 1334 обследованных женщин у 614 (46%) были выявлены различные формы варикозной болезни. Среди 666 обследованных мужчин варикозная болезнь была установлена у 253 (38%).

Степень тяжести ХВН была оценена по международной классификации CEAP: C1 отмечалась у 371 (47,6%), C2 - у 203 (26,1%), C3 - у 133 (17,1%), C4 - у 51 (6,6%), C5 - у 10 (1,3%) и C6 – у 10 (1,3%) пациентов. Наследственный фактор риска был выявлен у 47,9% пациентов.

Телеангиоэктазии и ретикулярные варикозы в большинстве случаев обнаруживались у относительно молодых людей в возрасте от 15 до 25 лет. Выраженные варикозные трансформации и смешанные формы в большинстве случаев наблюдались у многорожавших женщин, а также у мужчин, занятых тяжелым физическим трудом, в возрасте 30-50 лет. У людей старше 50 лет встречались более тяжелые формы ХВН.

Заключение. У 39%сельских жителей Таджикистана встречаются различные формы варикозной болезни. При этом легкие формы (телеангиоэктазии и ретикулярный варикоз) составляют 46,7%. Факторы риска и различные их сочетания в группе пациентов с варикозным расширением вен встречались в 2 раза чаще, чем у здоровых лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности: от эпидемиологии к лечению // Ангиология и сосудистая хирургия. 2002. Т. 8, № 2. С. 65-73.

2. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Гаврилов С.Г. и др. Хронические заболевания вен нижних конечностей у работников промышленных предприятий г. Москвы. Результаты эпидемиологического исследования // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. Т. 10, №1. С. 77– 85.

3. Султанов Д.Д, Гаибов А.Д и др. Факторы риска развития варикозной болезни у сельского населения южного региона Таджикистана //Новости хирургии. 2012. Т 20, №4. С. 48-51.

4. Beebe-Dimmer J., Preifer J., Engle J. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins //Annals of Epidemiology. 2005. Vol. 15(3). P. 175-184.

5. Callam M.J. Epidemiology of varicose veins // Br. J. Surg. 2010. Vol. 81. P. 167-173.

6. Nelzen O., Bergqvist D., Lindhagen A. The prevalence of chronic lower-limb ulcération has been underestimated: results of a validated population questionnaire // Br J Surg. 2006. Vol. 83. P. 255258.

7. Robertson L., Evans C.J., Fowkes F.G. Epidemiology of chronic venous disease // Phlebology. 2008. Vol. 23. P. 103-111.

Тагаева Ш.О., Тахтаходжаева С.Т.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. Несмотря на то, что заболевания пульпы и пародонта чаще всего являются самостоятельными нозологическими единицами, в ряде ситуаций клиницисты встречаются с эндодонто-пародонтальными поражениями [3, 4]. В указанном аспекте для точной диагностики и лечения стоматологических осложнений конусно-лучевая компьютерная диагностика в челюстно-лицевой области представляет интерактивное исследование массива данных с использованием специальных программ просмотра. Значительное снижение дозы лучевой нагрузки в сравнении с традиционными томографами позволило применять этот метод без ущерба здоровью стоматологического пациента [1, 2].

Цель исследования. Оценка эффективности использования конусно-лучевой компьютерной томографии при обследовании и лечении пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужило обследование и лечение 26 пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями (13 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 30 до 50 лет, план лечения которых предусматривал зубосохраняющий принцип. С целью планирования и совершенствования принципов эндодонто-пародонтального лечения среди обследованных пациентов были использованы рентгенологические диагностические алгоритмы с применением трехмерной конусно-лучевой компьютерной системы (3Д КТ - фирма «Morita», Япония), внутриротовой контактной рентгенографии и цифровой ортопантомограммы (ОПТГ).

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного исследования у 13 пациентов при хорошем качестве пломбирования корневых каналов на основании внутриротовой контактной рентгенографии и ортопантомографии выявлена плотная обтурация корневого канала, соблюдение конусности, соответствие уровня корневой пломбы апикальному отверстию, и, как следствие, результаты эндодонтического лечения оцениваются как положительные. Вместе с тем, использование конусно-лучевой компьютерной томографии в качестве дополнительного критерия показало наличие необтурированного корневого канала, не визуализирующегося при ранее проведенном обследовании, и рентгенологические изменения в области фуркации корней зуба.

У 16 пациентов на основании клинического обследования, в том числе рентгенологического исследования, с использованием внутриротовых контактных рентгенограмм и ОПТГ выявлялась резорбция костной ткани в пределах ½ длины корней зубов при отсутствии патологических изменений в области фуркации корней. При проведении дополнительной диагностики с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии у данной группы пациентов было выявлено снижение межальвеолярной высоты в области фуркаций и резорбция костной ткани в отдельных рентгенологических срезах, достигающие вершины корня зуба.

Заключение. Таким образом, конусно-лучевая компьютерная томография предоставляет максимальный объем информации при обследовании и лечении пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями, что облегчает постановку диагноза, влияет на качество лечение и оценку результатов проведенной зубосохраняющей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aggarwal V., Logani A., Shah N. The evaluation of computed tomography scans and ultrasounds in the differential diagnosis of periapical lesions // J Endodontics. 2011. Vol. 34. P. 1312-1315.

2. Bender I., Siltzer S. Roentgenographic and direct observation of experimental lesions in bone // JADA. 2013. Vol. 62. P. 708-716.

3. Eckerbom M., Andersson J.E., Magnusson T. A longitudinal study of changes in frequency and technical standard of endodontic treatment in a Swedish population // Endodontics and Dental Traumatology. 2011. Vol. 5. P. 27-31.

4. Kirkevang L.L., Vaeth M., Wenzel A. Ten-year follow-up observations of periapical and endodontic status in a Danish population // Intern Endodont J. 2012. Vol. 45. P. 829-839.

Тазин Д.И., Афанасьева М.А., Тоцкая Е.А., Никитина Ю.А.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ СОДЕРЖИМОГО РАНЫ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩЕГО СОРБЕНТА «ВИТАВАЛЛИС»

Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Томск, Россия

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) одонтогенной природы составляют значительную часть спектра заболеваний отделения челюстно-лицевой хирургии [1]. Актуальность проблемы усугубляется появлением в последнее время одонтогенных флегмон атипичного и агрессивного течения с тяжелыми осложнениями [2].

Необходимость скорейшего удаления из полости гнойной раны микробов и раневого содержимого определяет поиск максимально эффективных способов дренирования и местного воздействия на рану [3]. С этих позиций использование дренирующих сорбентов, создающих отток экссудата и микрофлоры со дна раны за счет капиллярного дренирования, может существенно ускорить процесс очищения и репарации [4].

Цель исследования. Оценить цитологические особенности раневого содержимого одонтогенных флегмон при использовании сорбционного материала «ВитаВаллис».

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали мазки-отпечатки с разных участков раны на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е и 9-е сутки послеоперационного периода, полученные у 30 пациентов с одонтогенными флегмонами ЧЛО в возрасте от 18 до 78 лет, находящихся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии Томской областной клинической больницы (16 женщин, 14 мужчин). Основную группу (15) составили больные, дренирование заинтересованных клетчаточных пространств которых проводилось сорбционным материалом на основе микроволокнистой полимерной матрицы с иммобилизованными частицами наноструктурного оксигидроксида алюминия и коллоидного серебра (медицинский сорбент «ВитаВаллис», производитель: ООО «Аквелит», Россия, г. Томск). У пациентов контрольной группы (15) лечение проводилось по общепринятой схеме.

Цитологические препараты после фиксации окрашивались азур-II-эозином по методу Романовского-Гимзе. Подсчет цитограммы отделяемого ран включал анализ 400-500 клеточных форм на микроскопе Carl Zeiss Axioskop 40 FL при увеличении 1000×1,5×10.

В содержимом гнойных ран определялось процентное соотношение следующих клеток: нейтрофильных гранулоцитов без признаков деструкции, нейтрофильных гранулоцитов с деструктивными изменениями (нечеткие контуры клеток и их ядер, поврежденные клетки), макрофагов, фагоцитов (макрофагов с остатками фагоцитированного материала, вакуолями), лимфоцитов, эозинофилов, клеток фибробластического ряда (фибробластов), полибластов (крупных узкоплазменных клеток с мелкосетчатым хроматином ядра, морфологически соответствующих камбиальным тканевым элементам).

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что состав гнойного содержимого раны включал в себя преимущественно нейтрофильные лейкоциты, что вполне закономерно. Однако, при использовании дренирующего сорбента «ВитаВаллис» уже на 2-е сутки наблюдения их общее количество было существенно меньше (85,%; 94,5% - в контроле), при этом нейтрофилы с признаками деструкции у них преобладали (62,8%; 49,2% - в контроле). Известно, что главной функцией нейтрофильных гранулоцитов является фагоцитоз микрофлоры, после чего происходят внутриклеточные деструктивные нарушения, приводящие к превращению в гнойные тельца [5]. С этих позиций появление большего числа поврежденных клеток в условиях использования сорбента может свидетельствовать об усиленном оттоке из раны микроорганизмов, их поглощении и обезвреживании микрофагоцитами. Показательно, что уже в начальные сроки наблюдения в основной группе появлялось существенное число макрофагов (6,1%; 1,5% - в контроле), что может говорить об уверенном старте очищения раны от детритных масс.

На 3-е сутки наблюдения у больных, в лечении которых был использован дренирующий сорбент, отмечено еще большее увеличение в раневом содержимом макрофагальных элементов (14,2%; 6,9% - в контроле), с преобладанием среди них фагоцитирующих форм (8,9%; 5,1% - в контроле). Важно, что число деструктивных нейтрофилов в эти сроки значительно снижалось (до 43,55%; 64,4% - в контроле), что может стать свидетельством уменьшения в ранах с сорбентом микробной обсемененности.

Цитологический состав мазков с раны на 5-е сутки наблюдения отличался некоторым уменьшением доли макрофагальных элементов (до 8,6%; 4,7% - в контроле) и увеличением популяции нейтрофилов с признаками деструкции, что может быть отражением цитокиновых воздействий, регулирующих воспалительный процесс. Именно на этом сроке в цитограммах больных с сорбционным материалом в ранах отмечались лимфоидные элементы (2,1%; 0,4% - в контроле), единичные фибробласты и камбиальные тканевые элементы (полибласты).

Исследование цитологического состава раны на фоне дренирующего сорбента на 7-е сутки наблюдения выявило существенное увеличение макрофагальной популяции (23,3%), лишь небольшая часть которых (2,4%) имела фагоцитарные включения, что может свидетельствовать о высокой степени очищения поверхности раны от детритного материала и возможности наложения вторичных швов. У пациентов контрольной группы даже в эти сроки оставалось высоким общее число нейтрофильных гранулоцитов (96,7%; 75,7% - в основной), а число макрофагов, напротив, было резко снижено (2,1%).

Заключение. Таким образом, использование сорбционного материала «ВитаВаллис» существенно ускоряет очищение гнойной раны от микрофлоры и клеточного детрита, способствуя усиленной миграции клеток воспалительного

инфильтрата и дальнейшей регенерации в очаге повреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байриков И.М., Монаков В.А., Савельев А.Л., Монаков Д.В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 11 (часть 1). С. 100-104.

2. Боев И.А., Штраубе Г.И., Антаков Г.И., Годовалов А.П. Эндогенная интоксикация у пациентов с флегмонами лица // Клиническая стоматология. 2018. №1(85). С. 54-57.

3. Винник Ю.С. Современные раневые покрытия в лечении гнойных ран // Новости хирургии. 2015. Т. 23, №5. С. 552-558.

4. Нестеров О.В., Ксембаев С.С., Нестерова Е.Е. Эффективность сорбционно-аппликационной терапии в комплексном лечении больных острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18, №2. С. 71-74.

5. Нестерова И.В., Колесникова Н.В., Чудилова Г.А. и др. Новый взгляд на нейтрофильные гранулоциты: переосмысление старых догм. Часть 1 // Инфекция и иммунитет. 2017. Т. 7, №3. С. 219-230.

Тахтаходжаева С.Т., Тагаева Ш.О.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. Наличие тесной анатомо-топографической связи между пульпой зуба и тканями пародонта известно достаточно давно. При развитии в пульпе или пародонте микробного воспаления именно эти связи могут являться путями распространения инфекции. Возникающие тяжелые сочетанные воспалительные процессы получили название эндодонто-пародонтальных поражений [1, 3, 4].

В указанном аспекте выделены следующие группы поражений: эндодонтические поражения с вторичным вовлечением пародонта; пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы; истинно комбинированные поражения. Эндодонтические поражения с вторичным вовлечением пародонта характеризуются поражением исходно здорового маргинального пародонта и при этом обязательно наличие девитального зуба в зоне локализованного поражения. Пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы характеризуются тем, что визуализируется пародонтальный карман различной глубины в области одного зуба и пульпа может находиться на любой стадии воспалительного процесса – от очагового воспаления до некроза. К истинно комбинированным поражениям относятся случаи независимого существования пародонтального и эндодонтического очагов в области одного зуба [2].

Цель исследования. Оценка повторного эндодонтического лечения у стоматологического пациента с вторичным вовлечением пародонта.

Материал и методы исследования. Пациентка Р., обратилась в клинику с жалобами на боли в нижней челюсти, локализованные в зоне жевательной группе зубов 3-го квадранта. После сбора анамнеза, клинического осмотра и анализа рентгенограммы пациентки нами выяснилось: в области зуба 3.6 наблюдается сочетанное эндодонто-пародонтальное поражение с выраженными апикальными очагами воспаления периодонта. Ранее проведенное эндодонтическое лечение нижнего первого премоляра (пять лет назад) осуществлялось с использованием металлического штифта. От удаления причинного зуба и дальнейшей реабилитации методом дентальной имплантации или методом условно съемного протезирования пациентка отказывается. О результатах обследования пациентка была осведомлена. Получено информированное добровольное согласие на обследование и повторное эндодонтическое лечение зуба 3.6.

Результаты и их обсуждение. Результаты клинического осмотра пациентки и рентгенологического анализа ситуации позволили нам предположить: причиной апикального поражения зуба 3.6 могло стать некачественное первичное эндо-

донтическое лечение. На рентгенологическом снимке видно, что зуб имеет неблагоприятный вид культевого восстановления и анатомического рельефа окклюзионной поверхности. Ранее установленный штифт может ухудшать качество прилегания реставрационного материала, нарушая герметичность восстановленного коронка зуба 3.6, способствуя проникновению инфекции из полости рта, инфицируя периодонт и пародонт, с развитием резорбции альвеолярной кости. Область повышенной резорбции наблюдается в зоне бифуркации моляра, а также вдоль прикрепления зубов к альвеоле. Подвижность зубов не наблюдается, но имеются глубокие пародонтальные карманы.

Пародонтальные нарушения в данной области могли стать следствием инфицирования корневых каналов – некачественной очистки и неплотного обтурирования анатомических структур корневой системы (дополнительных каналов в верхушечной части зуба).

Лечение зуба 3.6 в первое посещение: проведена ревизия каналов зуба 3.6. Удален штифт. Каналы после инструментальной и медикаментозной обработки заполнены гидроксидом кальция для внутрикорневой антибактериальной терапии (за две недели происходит полное разрушение органической ткани в канале зуба, удаляются все микроорганизмы. Назначено следующее посещение через две недели.

Во время второго посещения при лечении зуба 3.6 проводился контроль длины корня, медикаментозная обработка, пломбирование термогуттаперчей с постановкой временной пломбы. Рентгенологическая картина зуба 3.6 через 11 месяцев после начала лечения выявила, что очаг деструкция существенно уменьшился. Пациентка не отмечает болевых ощущений. Проведена реставрация зуба с применением культевого штифтового вкладка.

Заключение. Таким образом, при сочетанном эндодонто-пародонтальном поражении качественная диагностика и повторное эндодонтическое лечение с использованием современных инструментов позволили устранить воспалительные реакции со стороны эндодонта, периодонта, пародонта и стимулировать репаративные процессы в области 3.6 зуба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abbot P. Endodontic management of combined endodontic-periodontal lesions // NZ Soc Periodontol. 2010. Vol. 83. P. 15-28.

2. Carranza F.A., Newman M.G., Takei H.H. Carranza's clinical periodontology 9th ed. Saunders Co., 2012. 312 p.

3. Hamington G.W., Steiner D.R. The periodontal-endodontic controversy // J Periodontol. 2010. Vol. 30. P. 123-130.

4. Simon J.H., Glick D.H., Frank A.J. The relationship of endodontic-periodontic lesions // J Periodontology. 2011. Vol. 43, N 4. P. 2020-208.

Ташпулатов Б.К., Ахмеджанов С.А., Аминов Н.Ф., Масаидов Д.М.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Областной детский хирургический центр г. Худжанд
ГКБ №1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Актуальность. В структуре заболеваемости детей урологического профиля гипоспадия составляет значительный удельный вес и остается сложным разделом реконструктивной пластической хирургии в урологии-андрологии. Эта проблема обусловлена, прежде всего, многообразием клинических форм заболевания, частотой его развития, большим количеством послеоперационных осложнений, сочетанием порока с пороками развития других органов. Среди причин развития гипоспадии значимыми являются генетические, эндокринные и факторы влияния окружающей среды [1-3].

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения гипоспадии у детей.

Материал и методы исследования. На базе Областного детского хирургического центра (ОДХЦ) при ГКБ №1 им. С. Урунова с 2010 года обследованы и пролечены 115 мальчиков в возрасте от 1 до 14 лет со стволовыми и мошоночными формами гипоспадии: передние и средние - 90, задние – 25, согласно классификации по

Barcat. Больные оперированы в возрасте 1–3 лет - 44 (38,2%), 4-7 лет – 54 (46,9%), 8-14 лет – 17 (14,7%).

Пациентам проводились: антропометрия, оценка стадии полового развития по Таннеру, урофлоуметрия, УЗИ органов мочеполовой системы. При задних формах гипоспадии выполнялась микционная цистография, определялись уровни половых гомонов. Гормональная функция яичек исследовалась в сочетании с функцией гипофиза путем определения уровней тестостерона (Т), дигидротестостерона (ДГТ), лютеинезирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), динамики стероидных гормонов при функциональной пробе с хорионическим гонадотропином человека (ХГЧ).

Результаты и их обсуждение. Анализ гормонального исследования при задних формах гипоспадии показал, что во всех случаях уровень стимулированного тестостерона был ниже нормы. Кроме того, выявлен ферментативный дефект метаболизма андрогенов - 5α-редуктазная недостаточность, характеризующаяся низким уровнем стимулированного ДГТ. Эти объективные данные подтверждают роль эндокринопатии в этиологии развития задних форм гипоспадии. Поэтому пациентам при задних формах гипоспадии с дефицитом пластического материала перед операцией назначался курс аппликации дигидротестостеронового геля на кожу полового члена.

Применение одноэтапных технологий в лечении гипоспадии у детей является приоритетными. Очень важно при этом перед операцией учитывать имеющийся запас пластического материала, особенно при задних формах. С 2010 года нами при оперативном лечении гипоспадии используются модифицированные способы уретропластики типа Hodgson II (F-II) – 86, Duplay – 17, Onlay-tube – 5, Mathieu – 4, Snodgrass - 2, Hodgson III (F-III) – 1.

При передней и средней формах гипоспадии выполнены операции типа Hodgson II (F-II) и Mathieu. Эти методики, относящиеся к группе «flip-flap», надежно рекомендовали себя в практическом применении. Операцией выбора стала технология Hodgson II (F-II). Так, из 86 оперированных по этой методике в ближайшем послеоперационном периоде только у 4 (4,6%) пациентов отмечено образование свищей, которые в последующем самостоятельно закрылись. При задних формах гипоспадии выполнялись операции по Duplay, Snodgrass, Onlay-tube, Hodgson III (F-III), причем две последние технологии выполнены одноэтапно.

У 7 больных после операции по Duplay (5) и Snodgrass (2) развились послеоперационные свищи неоуретры, которые в последующем через 6 месяцев были ликвидированы оперативным путем. У 1 пациента, оперированного по Hodgson III (F-III), диагностирован стеноз неоуретры в области анастомоза. Стеноз устранен бужированием и назначением рассасывающей и физиотерапии. После операции по технологии Onlay-tube осложнений не было.

После операции для отведения мочи используются полихлорвиниловые уретральные катетеры (Nelaton).Трансуретральная деривация мочи проводилась в течение 10-16 дней, в зависимости от вида оперативного вмешательства и при необходимости переводилась в стент после операций мошоночных форм гипоспадии. С целью расслабления детрузора мочевого пузыря в период катетеризации назначали оксибутинин. Для улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции в течение трех-пяти дней проводилась инфузия латрена. На половой член накладывалась марлевая салфетка с глицерином или гидрокортизоновой мазью, после - компрессионная повязка эластическим бинтом.

Заключение. Таким образом, задние формы гипоспадии у детей могут быть проявлением андрогенной недостаточности. Внедрение одномоментных операций при стволовых формах гипоспадии по принципу HodgsonII(F-II)и при задних формах технологии Onlay-tubeпозволило значительно снизить количество осложнений, во всех случаях был достигнут хороший функциональный и косметический эффект с формированием меатуса на головке полового члена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рудин Ю.Э. Реконструктивно-пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте: дис. … д-ра мед.наук. М., 2003. 328 с.

2. Продеус П.П., Староверов О.В. Гипоспадия. М., 2003. С. 77-78.

3. Каганцов И.М., SnodgrassW.T., Bush N. Сравнение результатов пластики уретры тубуляризацией рассеченной уретральной площадки при лечении дистальной гипоспадии у детей. //Детская хирургия. 2012. №1. С.14-17.

Ташпулатов Б.К., Алимов Р.И., Хамидов Н.Н., Нуров Ф.Н.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

Областной детский хирургический центр, г. Худжанд
ГКБ №1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Актуальность. Среди аномалий развития яичка у детей наиболее распространённым является крипторхизм, он встречается у 1,1-5% новорожденных мальчиков. В настоящее время крипторхизм – аномалия положения яичка - рассматривается не как отдельное заболевание, а как проявление общей эндокринной и соединительнотканной дисплазии. Поэтому всем пациентам с крипторхизмом необходимы консультации эндокринолога, а при двусторонних абдоминальных формах - консультации генетика.

Основным методом лечения крипторхизма у детей является оперативное низведение яичка в полость мошонки. Результаты хирургического лечения напрямую зависят от проведения консервативного лечения в предоперационном периоде и выбора оперативной методики [1-3].

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения крипторхизма у детей.

Материал и методы исследования. В Областном детском хирургическом центре (ОДХЦ) за период с 2010 по 2017 годы было проведено лечение 570 детей с различными формами крипторхизма. Из них односторонняя паховая форма имелась у 469 (82,2%) детей: с правой стороны 253 детей, с левой 216 детей. Двусторонняя паховая форма - у 58 (10,2%) детей, односторонняя абдоминальная - у 34 (6%), двусторонняя - у 9 (1,6 %) пациентов. Возраст больных колебался: 1-3 года – 146 (25,6%), 4-9 лет - 312 (54,7%), 10-14 лет - 112 (19,6%). Сельских жителей было 398 (69,8%), городских – 172 (30,2%).

В настоящее время рекомендовано проведение оперативного лечения крипторхизма с двухлетнего возраста. Однако все еще остается высоким процент позднего обращения родителей детей с крипторхизмом за медицинской помощью.

Наряду с общеклиническими методами в диагностике крипторхизма использовали ультрасонографию, которая выявляет локализацию, размер гонад, дает представление о структуре яичка. При абдоминальных формах проведение МРТ-диагностики позволяло уточнить локализацию яичка - в брюшной полости или нахождение его у в хода в паховый канал. Из-за отсутствия современного оборудования лапароскопической верификации гонад при абдоминальных формах крипторхизма не производилось.

При высоких паховых и абдоминальных формах крипторхизма дети перед операцией получали один курс гормональной терапии ХГЧ в зависимости от возраста по схеме: до 2 лет 250 МЕ, 2-7 лет 500 МЕ, 7-12 лет 1000 МЕ, 2 раза в неделю на курс 10 инъекций. Применение гормональной терапии способствует у части пациентов не только перемещению яичка в более низкое положение, но и улучшению состояния его кровотока, тем самым позволяя провести оперативное вмешательство в более благоприятных условиях. В течение 1 месяца после окончания курса гормональной терапии проводилось хирургическое лечение.

При выборе метода хирургического лечения крипторхизма мы очень редко применяли вытягивающие яичко способы оперативных вмешательств. Основным способом оперативного лечения является метод постоянной фиксации яичка по Петривальскому, при котором удается свободно низвести яичко в мошонку без натяжения элементов семенного канатика.

При абдоминальной форме крипторхизма в 12 случаях установлена выраженная гипо- и аплазия гонады, в связи с чем выполнено удаление. В остальных случаях при тщательном и деликатном выделении элементов семенного канатика удавалось низвести яичко в мошонку одним этапом по Петривальскому. Эти пациенты перед операцией получали курс ХГЧ.

Оценка непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения крипторхизма показала высокую эффективность применения этого метода. Основным критерием оценки результатов лечения считали состояние низведенного яичка, его консистенцию, размеры, положение в мошонке. В катамнезе в большинстве случаев обнаружено, что низведенное яичко увеличивается до размеров здорового или отмечается заметная тенденция к увеличению его размеров, оно свободно располагается в средней или нижней трети мошонки, достаточно подвижное.

Заключение. Таким образом, метод Петривальского при низведении яичка в мошонку стал способом выбора при лечении крипторхизма, т.к. позволил улучшить результаты лечения этих

больных, обеспечивая хороший косметический и функциональный результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерохин А.П., Воложин С.И. Крипторхизм. Москва, 1995. 344 с.

2. Калинина С.Н., Михайличенко В.В. Отдаленные результаты лечения больных крипторхизмом // Материалы 3 конференции «Мужское здоровье». Москва, 2006. С.23-24.

3. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 460-473.

Турсунбоев А., Махсудов Д., Кодиров Л.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ

ЦРБ г. Исфары

Актуальность. Острая бактериальная деструкция легких (ОБДЛ) является тяжелым заболеванием с высоким процентом хронизации (от 5,1% до 20,9%) и летальностью 1-3% в специализированных детских хирургических отделениях [3].

Легочно-плевралные формы диагностируются у 26,5-60% детей с деструктивной пневмонией. Деструктивная пневмония составляет до 10% от общего количества пневмоний в детском возрасте. Ранняя диагностика, выбор рациональных методов лечения детей с ОБДЛ остаются актуальной проблемой детской хирургии [1, 2].

Цель исследования. Проанализировать тактику лечения больных с легочно-плевральной формой ОБДЛ по данным детского хирургического отделения ЦРБ г. Исфары.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 35 больных детей с ОБДЛ, находящихся на лечении в детском хирургическом отделении ЦРБ г. Исфары в течение последних 5 лет. Возраст больных от 1-го года до 15 лет. Из них 23 были с легочной формой ОБДЛ, 12 - с легочно-плевральной.

Диагноз устанавливался на основании клиники, рентгенографии, УЗИ и результатов пункции плевральный полости (при необходимости).

Тактика лечения заболевания проводилась в зависимости от вида ОБДЛ, наличия осложнений.

Лечение неосложненных форм ОБДЛ проводились консервативным методом с назначением антибиотиков широкого спектра действия, десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапии, а также симптоматического лечения. При легочно-плевральной форме ОБДЛ лечение больных начинали с комплекса мер по снижению температуры тела, дезинтоксикационной терапии совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Хирургическое лечение проводилось после произведения пункции плевральный полости с пораженной стороны из седьмого межреберья по средней аксиллярной линии. При наличии воздуха и гноя в плевральной полости проводилось дренирование плевральной полости. В случаях наличия больших бронхиальных свищей плевральная полость дополнительно дренировалась через 3 межреберье по передне-аксиллярной линии. Проводилось бактериологическое исследование экссудата из плевральной полости и взятие мазка из зева.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты с неосложненной формой ОБДЛ были выписаны в удовлетворительном состоянии. После выписки из стационара им в условиях ПМСП была проведена реабилитационная терапия.

Осложненные формы ОБДЛ в виды пиоторакса выявлены у 10 больных, пневмоторакс - у 1, а также их сочетание - пиопневмоторакс - у 1 больного.

После дренирования больным проведена интенсивная терапия в условиях ДРО до устранения дыхательной недостаточности и нормализации нарушения гомеостаза.

Дренажная трубка ежедневно промывалась антисептическими растворами, после расправления легкого и прекращения гнойного выделения дренажная трубка удалялась.

В одном случае для расправления легкого в условиях клиники г. Душанбе проводилось окклюзия бронхиальных свищей с раздуванием легкого.

Выздоровление наступило у всех больных. Летальных исходов не отмечалось.

Заключение. Результаты лечения больных с ОБДЛ во многом зависят от ранней диагностики, дифференциальной диагностики, своевременного дренирования плевральной полости с расправлением легких и комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков Ю.Ф. Деструктивные пневмонии; в кн.: Детская хирургия. Национальное руководство / Под ред. Ю.Ф. Исакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 246-255

2. Кайгородова И.Н. Видеоторакоскопия в лечении пиофибриноторакса у детей при бактериальной деструкции легких: автореф. дисс. …канд.мед.наук. Иркутск, 2006. 24 с.

3. Халипиева Л.М. Бактериальные деструкции легких у детей (обзор литературы) // Детская хирургия. 2014. №3. С. 27-34.

Хакназаров Х.Ш., Джумаев Ф.М., Идиев Б.Н., Хайдаров К.Н.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Городской медицинский центр №1, г. Душанбе

Актуальность. Проблема невынашивания беременности является одной из самых актуальных проблем акушерства. Частота его составляет 15-20% всех случаев беременности, а частота бесплодия – в 5-11% браков [3]. У 30-40% из них выкидыши остаются необъяснимыми [7]. Среди причин невынашивания беременности существенную роль играют антифосфолипидные аутоантитела (АФА). Известна их связь с привычными спонтанными выкидышами, внутриматочной остановкой роста плода, преэклампсией, тромбоцитопенией. АФА наиболее часто включают два вида аутоантител – антикардиолипиновые и волчаночный антикоагулянт. Их обнаруживают у около 2% женщин с нормально протекающей беременностью. В то же время, у беременных с преэклампсией частота антифосфолипидных антител достигает 63,5% [1], а при сочетании задержки внутриутробного развития плода с гипертензивными нарушениями у беременных - 90% [6].

АФС является единственным абсолютным показанием для проведения сеансов плазмафереза, которые следует сочетать с максимально интенсивной антикоагулянтной терапией, использованием свежезамороженной плазмы и проведением пульс-терапии глюкокортикоидами и цитостатиками. Циклофосфамид (цитоксан, эндоксан) (0,5–1 г/сут) показан при развитии АФС на фоне обострения СКВ и для предотвращения синдрома рикошета после проведения сеансов плазмафереза.

Тактика ведения беременных с АФС, режим дозирования во многом зависят от предшествующего анамнеза, наличия или отсутствия неплацентарных тромбозов, количества спонтанных абортов, предшествующей терапии [2, 4, 5].

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения антифосфолипидного синдрома при привычном невынашивании беременности путём применения плазмафереза.

Материал и методы исследования. За 2015-2017 годы нами пролечено 16 женщин в возрасте от 24 до 37 лет, средний возраст составил 31 год. 9 женщинам с установленным диагнозом АФС плазмаферез проводили во время беременности. Частота проведения курсов ПА определялась динамикой лабораторных показателей. 7 женщинам курс плазмафереза проведен по поводу подготовки к планируемой беременности. ПА проводился в дискретном режиме. Курс составлял 3-4 сеанса с интервалом 3 дня. За сеанс удалялось 250-300 мл плазмы. Замещение удаляемой плазмы проводилось только 0,9% раствором NaCl. Лечение проводилось под контролем тех лабораторных тестов, которые у данного пациента наиболее информативно выявили нарушения гемостаза. У 9 женщин беременность была пролонгирована до доношенного срока и закончилась родами. Данными о наступлении беременности у оставшихся женщин мы не располагаем (лечение проводилось амбулаторно).

Лабораторные показатели коагуллограмы до и после плазмафереза

Показатели	Единицы измерения	Норма	До плазмафереза	После плазмафереза
А/Т к кардиолипину-М	-	-	+	+
А/Т к кардиолипину-G	-	-	+	-
Волчаночный антикоагулянт	Усл.ед.	0,79-1,19	1,39 - полож	1,04 - отр
Протромбин	%	80-100	106	95
Фибриноген	г/л	2-4	2,6	2,9
Гематокрит	%	36-48	48	40
Тромбиновое Время	Секунд	15-18	12	16
АЧТВ	Секунд	25-35	23	28
Ср. молекулы	Усл.ед.	0,23-0,28	0,350	0,204
Ц И К	Усл.ед.	0-55	44	31
Тромбоциты	×109/л	170-400	205	245
Агр. тромбоцитов	Секунд	14-18	12	16

Результаты и их обсуждение. Курсы плазмафереза у 16 женщин с преэклампсией на фоне антифосфолипидного синдрома способствовали купированию синдрома гиперкоагуляции со снижением уровня фибриногена на 11,5%, нормализацией протромбинового индекса и АЧТВ на 10% и 21%, активированного тромбинового времени и степени агрегации тромбоцитов на 33%, содержания ЦИК на 29,5%, в то время как в группе сравнения у 30 женщин с традиционной медикаментозной терапией наблюдалась лишь тенденция к нормализации этих показателей [Чайка В.К. и др., 2004].

Заключение. Таким образом, комплексное применение этапного плазмафереза, малых доз низкомолекулярных гепаринов и дезагрегантов позволяет успешно пролонгировать беременность до доношенного срока у женщин с подтвержденным диагнозом антифосфолипидного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашникова Л.А., Насонов Е.Л., Стоянович Л.З., и соавт. Синдром Снеддона и первичный антифосфолипидный синдром // Терапевт. архив. 1993. N3. С. 64.

2. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром: клиническая и иммунологическая характеристика // Клин. медицина. 1989. N1. С. 5–13.

3. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П., Алекберова З.С. Патология сосудов при антифосфолипидном синдроме. Москва-Ярославль, 1995. 162 с.

4. Насонов Е.Л., Карпов Ю.А., Алекберова З.С. и соавт. Антифосфолипидный синдром: кардиологические аспекты // Терапевт. архив. 1993. N11. С. 80.

5. Хьюгез Дж.Р. Антифосфолипидный синдром: ten years on // Lancet. 1993. Vol. 324. P. 341–344.

6. Чайка В.К., Демина Т.Н. Антифосфолипидный синдром. Донецк: Норд-Пресс, 2004. 236с.

7. Asherson R.A., Cervera R., Piette J.C., Shoenfeld Y. The antiphospholipid syndrome: history, definition, classification and differential diagnosis. Baltimore, 2001. P. 355-377.

Хакназаров Х.Ш., Назаров Б.Ч., Амонов Б.П.

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
КТТ и кардиоревматологическое отделение ГМЦ №2 им. К.Т. Таджиева

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — актуальная социально-медицинская проблема и ведущая причина смертности населения многих экономически развитых стран [3, 4]. Этот

прогрессирующий процесс включает атеросклеротическое поражение коронарного сосудистого русла и нарушения в системе гемостаза. Хроническая коронарная недостаточность имеет периоды обострения – так называемые эпизоды нестабильности [1]. В зависимости от выраженности процесса внутрисосудистого тромбообразования и реактивности сердечно-сосудистой системы клинически регистрируют такие нозологические единицы, как нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда. С учётом патогенетической основы дифференцируют острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST (окклюзия просвета венечной артерии сердца) и без его подъёма (сохранение антеградного кровотока). Ключевые события в патогенезе острого коронарного синдрома представлены атеросклеротическим поражением венечных (коронарных) артерий, вазоконстрикцией и внутрикоронарным тромбозом [1, 3], включающим активацию сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, плазменных прокоагулянтов, системы фибринолиза и физиологических антикоагулянтов. В этом отношении острый коронарный синдром можно рассматривать как часть динамического спектра тромботических осложнений патологии венечных артерий, требующую специфической коррекции параметров системы гемостаза антитромботическими препаратами [1, 3, 4].

Противосвёртывающие механизмы играют ведущую роль в поддержании жидкого состояния крови и ограничении процессов тромбообразования [1, 5]. Важнейшими физиологическими антикоагулянтами, блокирующими основные пути тромбообразования, служат антитромбин III (АТ III), протеины С и S. Однако значение физиологических антикоагулянтов крови в развитии острого коронарного синдрома и их взаимосвязь с факторами, вызывающими тромбообразование, остаются недостаточно изученными.

Цель исследования. Выявление характера изменений в системе гемостаза у больных с острым коронарным синдромом на фоне комплексной терапии с применением антикоагулянтов.

Материал и методы исследования. В кардиоревматологическом отделении и кабинете трансфузионной терапии ГМЦ №2 города Душанбе за период с 2012 по 2017годы обследованы 118 человек, средний возраст 52±4 года. Они разделены на две группы: первую группу составили 68 больных с острым коронарным синдромом и во вторую группу контроля входило 50 здоровых лиц из числа доноров.

У всех обследованных определяли содержание тромбоцитов, АТ III, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), содержание фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) коагулометрически с помощью реактивов фирмы «Технология-Стандарт» (Россия).

Больные с острым коронарным синдромом в течение первых 4 дней в качестве антитромбиновой терапии получали нефракционированный гепарин натрия и ацетилсалициловую кислоту. Базовую терапию осуществляли β-адреноблокаторами, нитратами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента. Параметры гемостаза выявляли до и после гепаринотерапии. Во время исследования изучали состояние сосудисто-тромбоцитарной, коагуляционной, антикоагуляционной и фибринолитической активности системы гемостаза.

Результаты и их обсуждение. Значимых различий в количестве тромбоцитов в общем анализе крови у больных и в контроле не обнаружено ($p>0,05$). Средние их значения в обеих группах составляли $259\pm11,8 \times 10^9$/л. При исследовании звена плазменного гемостаза (табл. 1) у больных первой группы было отмечено достоверное снижение МНО. У пациентов второй группы степень снижения этого показателя была меньше, чем в первой группе, на 35,1% ($p<0,05$), что свидетельствовало о высоком риске тромбозов при обострении ИБС.

Таблица 1

Характеристика системы гемостаза у пациентов с ИБС (M±m)

Показатели системы гемостаза	***Обследованные группы***	
	группа 1, n=68	***группа 2, контроль, n=50***
АЧТВ, с	30,3±0,22	32,7±3,11
МНО	0,81±0,03	1,1±0,09
Фибриноген, г/л	5,4±2,21	3,2±0,7
Фактор Виллебранда, %	167,1±4,92	101,7±6,91
АТ III, %	111,3±5,61	99,5±2,24
Протеин С, %	151,3±3,72	116,2±7,32
Протеин S, %	121,2±4,23	94,2±11,24
РФМК, мкг/100 мл	6,02±0,73	3,6±0,32

Примечание: **- достоверность различия (P<0,05) по сравнению с контрольной группой.*

Содержание фибриногена в плазме крови у обследованных из первой группы превышало контрольные значения на 40,7%. У больных с острым коронарным синдромом концентрация фактора Виллебранда в плазме крови превышала контрольные значения на 39,1% выше, чем в контроле. Концентрация РФМК в плазме крови у пациентов первой группа превышала данные контроля соответственно на 40,2%.

При анализе содержания физиологических антикоагулянтов (АТ III, протеинов С и S) в первой и контрольной группах было установлено достоверное их снижение у больных с острым коронарным синдромом. При сравнении этих показателей с контролем степени их снижения составляли соответственно 10,6%, 23,2% и 22,2%, что свидетельствовало о повышенном потреблении физиологических антикоагулянтов при хроническом течении ИБС, указывая на возможность хронического внутрисосудистого свёртывания крови [1, 3].

При сравнении средних значений АТ III, протеинов С и S, полученных в первой группе, с контрольной выявлено достоверное их увеличение (табл. 1). Так, количество АТ III в плазме крови у больных с острым коронарным синдромом до начала гепаринотерапии превышало значения АТ III у здоровых лиц. Анализ содержания протеина С в плазме крови в первой группе обнаружил его рост. Концентрация протеина S в плазме крови была выше в первой группе, то есть происходил компенсаторный рост этих показателей в периоде обострения ИБС в ответ на запуск механизмов гиперкоагуляции. При корреляционном анализе у больных с острым коронарным синдромом была обнаружена взаимосвязь между показателями коагуляционной и антикоагуляционной систем гемостаза.

Таблица 2

Показатели системы гемостаза у больных с острым коронарным синдромом до и после гепаринотерапии (M±m, n=68)

Показатели системы гемостаза	*До лечения*	*После лечения*
АЧТВ, с	30,3±0,22	41,8±3,81
МНО	0,81±0,03	1,5±0,04
Фибриноген, г/л	5,4±2,21	2,9±0,71
Фактор Виллебранда, %	167,1±4,92	141,3±4,52
АТ III, %	111,3±5,61	97,4±3,79
Протеин С, %	151,3±3,72	108,2±3,9
Протеин S, %	121,2±4,23	96,7±4,11
РФМК, мкг/100 мл	6,02±0,73	4,48±0,08

В первой группе отмечена достоверная отрицательная корреляция между увеличением АЧТВ и снижением показателей АТ III (r=-0,42; p=0,01), во второй группе получена прямая взаимосвязь между этими изменениями (r=0,47; p=0,01). В ходе исследования выявлено снижение АЧТВ до 30,3±0,22 с и повышение количества АТ III до 111,3±5,61%. Значения фактора Вил-лебранда в первой группе коррелировали с уровнем АТ III (r=0,64; p=0,01), протеина С (r=0,71; p=0,01) и протеина S (r=-0,82; p=0,01). В первой группе при сравнении концентрации фактора Виллебранда с содержанием физиологических антикоагулянтов в плазме крови получена отрицательная корреляция с АТ III (r=-0,49; p=0,01), протеином С (r=-0,54; p=0,01) и протеином S (r=-0,44; p=0,01).

Анализируя изменения исследуемых показателей в первой группе до и после гепаринотерапии (табл. 2), мы выявили увеличение АЧТВ и МНО. После гепаринотерапии достоверно снизилось содержание фибриногена, фактора Виллебранда, РФМК, количества АТ III, протеинов С и S, что свидетельствовало о повышенном потреблении физиологических антикоагулянтов во время гепаринотерапии.

Таким образом, у пациентов с ишемической болезнью сердца присутствует тромбогенный сдвиг показателей гемостаза в сторону гиперкоагуляции, наиболее выраженный при остром коронарном синдроме, что свидетельствует о наличии хронического внутрисосудистого свёртывания крови.

Заключение. У пациентов с ИБС, осложнённой острым коронарным синдромом, изменения в системе тромбоцитарно-сосудистого гемостаза характеризуются значительным увеличением в плазме крови концентрации фактора Виллебранда, РФМК, фибриногена, а также стабильно низкими концентрациями АТ III, протеинов С и S, что свидетельствует о наличии выраженной гиперкоагуляции в сосудистом русле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балуда М.В., Лопухина М.В., Фомина В.М., Лопухин В.О. Особенности лабораторного контроля за терапией варфарином у больных с ОКС // Тер. арх. 2005. №10.С.68-71.

2. Грацианский Н.А. Антитромбоцитарная терапия при коронарной болезни сердца. Некоторые проблемы и достижения // Кардиология. 2010. №6. С.4-21.

3. Комаров А.Л., Сироткина О.В., Деев А.Д. и др. Факторы риска тромботических осложнений и прогноз у больных с хронической формой ишемической болезни сердца // Кардиология. 2009. №11. С. 4-10.

4. Рекомендации Американской коллегии кардиологов / Американской ассоциации сердца 2007 г. по ведению пациентов с нестабильной стенокардией/инфарктом миокарда без подъёма сегмента ST // Кардиология. 2008. №4. С. 77-95.

5. Явелов И.С. Антитромботическая терапия после обострения коронарной болезни сердца у больных, нуждающихся в длительном использовании антикоагулянтов // Сердце. 2010. №2. С. 47-53.

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Яхшимуратов С.Ш.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Республика Узбекистан

Актуальность. Недержание мочи является ранним клиническим признаком, указывающим на неблагополучие в мочевой системе, нарушение созревания высших центров вегетативной регуляции мочевого пузыря, органную и тканевую формы пиелодисплазии или врожденные пороки развития [1, 2]. По данным А.В. Папаяна и Д.В. Марушкина [3], у детей в возрасте 3-5 лет энурез наблюдается в 20% случаев, 5-8 лет – в 14%, 8-12 лет – в 8,5%, 12-16 лет – в 3,5-4%. Своевременное выявление и лечение расстройства мочеиспускания помогает своевременно нивелировать социально-психологические проблемы у детей, которые могут нарушать формирование личности [4-5].

Цель исследования. Изучение эффективности применения спазмекса в сочетании с афобазолом в комплексном лечении энуреза у детей.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Обследовано 56 детей в возрасте от 4 до 16 лет, страдающих энурезом. Мальчиков было 34, девочкек – 22. В исследование включены только те пациенты, у которых по данным регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий наблюдали уменьшение эффективного объема мочевого пузыря и императивные позывы к мочеиспусканию (энурез на фоне нейрогенной гиперрефлекторной дисфункции мочевого пузыря). Для оценки эффективности проводимой терапии все пациенты на протяжении лечения с периодичностью в месяц два раза заполняли дневник, в котором отражали количество эпизодов императивного недержания мочи, количество эпизодов ночного недержания мочи.

При первичном обращении ребенка проводился подробный сбор анамнеза, осмотры врача, а также назначение необходимого обследования для выяснения причин недержания мочи у ребенка. Комплекс обследования включал проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов мочевой системы, анализов мочи, пробы Зимницкого, рентгеноурологического обследования, а при выявлении изменений в анализах мочи и при УЗИ - консультаций специалистов (невропатолог, уролога), эхоэнцефалографию (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. У детей энурез был непостоянный, при физическом переутомлении, на занятиях физкультуры в школе. Энурез у 48% пациентов наблюдался регулярный, каждую ночь, у 32% детей - через день, а у 20% пациентов - один-два раза в неделю. Со слов родителей, как правило, дети имели крепкий сон, при мочеиспускании во время сна не просыпались, продолжая спать в мокрой постели до утра, что являлось причиной частых простудных заболевании почек. В возрасте 5-12 лет, особенно девочки, переживали, стеснялись, не отвечали на вопросы и были замкнутыми.

Из медикаментозной терапии отдавали предпочтение Спазмексу. На фоне этого лечения в течение трёх недель у больных наблюдалось резкое сокращение количества энуреза за ночь. Препарат спазмекс назначали детям в течение 1-ой недели 5 мг × 3 раза в день во время еды, подростком – по 15 мг 3 раза в день (интервал между приемами не

менее 8 часов). На второй неделе дети получали препарат в два приёма утром и вечером. В течение третьей недели дозу препарата уменьшали, назначался его только на ночь, как правило. Третий курс лечения спазмексом сочетали с афобазолом по 1 таблетке утром после еды.

Терапия спазмексом и афобазолом в течение 3-х недель способствовала сокращению случаев энуреза в 3,6 раза. У 7 пациентов энурез сохранялся (у 4-х детей уменьшилась его частота до одного раза в неделю). У 3-х больных 8-10 лет после увеличения дозы до 15 мг – утром, вечером и в обед - сочетали с афобазолом 1 табл. после еды, после чего энурез прекратился. На фоне лечения спазмексом в течение трёх недель частота мочеиспусканий снизилась с 7,2±1,24 до 4,78±0,9 (1,32 раза). Императивные позывы к мочеиспусканию у 7 больных исчезли, у 2 сохранялись, но стали очень редкими; один раза в неделю.

В литературе описаны побочные явления от применения спазмекса в виде сухости во рту, редко – тахикардии, аритмии, нарушения аккомодации, мидриаза, беспокойства, возбуждения, усталости, головной боли, сонливости, со стороны пищеварительной системы - тошнота, рвота, диспепсия, легкая диарея.

На фоне лечения спазмексом в приведенных выше дозировках и схем у 3 больных отметили аллергические реакции – беспокойство, сухой кашель, головные боли в конце третей недели.

Побочные эффекты являются временными и исчезают после прекращения приема препарата без применения специальных мер.

Спазмекс купировал у всех наблюдаемых больных императивные позывы к мочеиспусканию, а также императивное недержание мочи. Лечение препаратом являлось удобным, безопасным, хорошо усваивалось больными. Своевременное эффективное сочетанное комплексное лечение недержания мочи предупреждает побочное воздействие этой патологии на формирование личности, психоэмоциальное развитие ребенка.

Заключение. Лечение больных энурезом до настоящего времени является довольно трудно задачей. Трудности обусловлены в первую очередь обилием рекомендаций лечебного характера. Основными из них являются: создание рационального режима для больного, воспитание зрелого мочеиспускания, способы принудительного пробуждения больного, физиотерапевтическое лечение, психотерапия, хирургические способы лечения, применение различных медикаментозных средства. Лечение энуреза на фоне нейрогенной (гиперрефлекторной) дисфункции мочевого пузыря спазмексам показало высокую эффективность его в комплексной терапии и возможность применять в амбулаторно-поликлинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровина Н.А., Захарова И.Н. и др. Спазмекс в лечение энуреза у детей // Южно-Российский мед. журнал. 2003. №4. С.42-44.

2. Наджимиддинов Я.С. Применение дриптана при первичном энуреза у детей // Актуальные проблемы хирургии детского возраста. Тезисы. Ташкент, 2004. С.106.

3. Папаян А.В., Марушкин Д.В. Ночное недержание мочи у детей (метод. рекомендации). Волгоград, 1996. 19 с.

4. Шевцов И.П., Патогенез непроизвольного мочеиспускания во сне: тезисы докладов. Ленинград, 1991. С. 79.

5. Hetner K., Oclke M., Machteris S. Trospium chloride an effective drug in the treatment of overactive bladder and detrusor hyperreflexia // World J. Urol. 2001. Vol. 19. P. 336 – 343.

Хамидов Б.Х., Хуррамов Ф.М., Яхшимуратов С.Ш.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНОЙ ФОРМЫ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Республика Узбекистан

Актуальность. Воспалительные процессы в органах мочевой системы у детей носят более выраженный характер, чем у взрослых, что обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями почек, сосудистая сеть клубочков которых в детском возрасте легко подвергается склерозированию. Независимо от пути внедрения микробной флоры в почку – гематогенный или восходящий, возбудители заболевания достигают почечной лоханки и чашечек, остаются там,

если дренажная функция чашечек нарушена. Из воспаленной слизистой чашечек и лоханки путем форникального или тубулярного рефлюкса микробы заносятся в интерстициальную ткань почки и одновременно выделяются мочой [1-5].

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики и разработка комплексной лечебной тактики при латентной форме калькулёзного пиелонефрита у детей.

Материал и методы исследования. В работе приведены материалы исследования 48 больных с латентной формой калькулёзного пиелонефрита за период с 2006 по 2016 гг. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Комплекс обследования включал: клинико-лабораторные исследования, эхографию, допплерографию, рентгенологические исследования почек и МВП (в/в урография, цистография).

Результаты и их обсуждение. Из 48 больных у 42 процесс был односторонним, у 6 – двухсторонним.

Латентная форма пиелонефрита имеет малосимптомное течение, характерные для неё признаки слабо выражены либо отсутствуют. Чаще других симптомов у больных наблюдается субфебрильная температура, реже – вялость и плохой аппетит, головная боль, боли в животе непостоянного характера. Однако при тщательном опросе у части детей удается выявить дизурические расстройства, которые, как правило, настолько кратковременны, что им не придается значения. У большинства больных с этой формой до поступления в клинику диагноз почечной недостаточности поставить не удается и их госпитализируют с различными диагнозами: гипотрофия неясной этиологии, холецистопатия и др.

Заболевание развивалось постепенно, без типичных клинических проявлений. В анамнезе отмечали повторяющиеся неопределённого характера боли в животе, утомляемость, головные боли, иногда озноб. Камни в мочевых путях у этих больных были выявлены при амбулаторном обследовании. Периодически отмечались незначительные изменения в моче (лейкоцитурия, микрогематурия), в связи с этим приходилось использовать более специфические методы (метод Аддиса-Каковского, экскреторная урография, ультразвуковая эхография, термография).

До поступления в клинику ставили различные диагнозы: хронический тонзиллит – у 6 (17%), хронический колит – у 12 (25%), острый гастрит – у 17 (32%), глистная инвазия – у 13 (26%).

По данным авторов, частые приступы острого пиелонефрита приводят к развитию склероза околопочечной клетчатки, перинефриту. При этом на рентгенограммах обнаруживали нарушение контуров почек, поясничных мышц, подвижность почек, продольную ось почек становилась строго вертикальной параллельно позвоночнику.

Радиоизотопная ренография, являясь в достаточной мере чувствительным тестом, позволяла диагностировать в ряде случаев латентную стадию калькулёзного пиелонефрита. С её помощью удавалось чётко проследить динамику развития функциональной неполноценности почек у больных нефролитиазам. Радиоизотопные методы исследования, проведенные нами у 22 детей в возрасте от 5 до 16 лет, страдающих нефролитиазом, позволяли установить, что при наличии остро возникшей обтурации конкрементами, препятствии оттоку мочи из почечной лоханки, кривая ренографии идет по «обструктивному» типу. Нами было отмечено, что у 17 (77,27%) больных на ренограммах выявлялось уплотнение секреторной фазы. При одностороннем нефролитиазе у 14 наблюдали также нарушение секреторно-экскреторной функции контрлатеральной почки. Таким образом, ренография является наиболее точным критерием показателя функционального состояния почек при латентно текущей форме калькулёзного пиелонефрита.

Нами было изучено состояние белкового, углеводного обмена при латентной форме заболевания у 24 больных (у 22 из них в динамике). У 21 больного были одиночные камни почек, у 3 – двухсторонние. В этой группе было 13 (8,8%) мальчиков и 9 (6,4%) девочек. Для определения прогностического значения белковой диспропорции исследования проводили дважды: при поступлении и перед выпиской из стационара.

Наиболее значительные изменения претерпевали γ-глобулины, уровень которых у больных с латентно текущей формой заболевания при поступлении был повышен, по сравнению с нормой, до 24,9%. При выписке детей из стационара этот показатель несколько снижался - до 21,3%. Альбумино-глобулиновый коэффициент при поступлении был несколько пониженным – 1,05, а в процессе лечения нормализовался (1,3 при норме 1,5).

Вышеперечисленное позволяет сделать вывод, что белковые фракции крови, претерпевающие определенные сдвиги в процессе развития воспалительного процесса в почках у детей, являются чутким диагностическим индикатором.

При латентно текущей форме в анамнезе были жалобы на периодические неопределенного характера боли в животе, вокруг пупка, утомляемость, иногда озноб, тупые боли в поясничной области. Камни в почках у этих больных были выявлены случайно.

Заключение. Латентная форма калькулёзного пиелонефрита у детей развивается постепенно, без типичных клинических проявлений. Следует отметить, что заболевание чаще проявляется одним или несколькими симптомами, характер

которых зависит от распространенности и активности инфекционно-воспалительного процесса в почках, от клинической формы и возраста больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугачёв А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 832 с.
2. Пулатов А.Т. Нефролитиаз и пиелонефрит у детей. Душанбе: Ирфон, 1977. 127 с.
3. Пулатов А.Т., Азизов А.А., Хан И.Б., Махмаджанов М.Д. Диагностика и хирургическая тактика при обструктивно-гнойном калькулезном пиелонефрите у детей. // Вестник хирургии. 1989. №10. С. 83-86
4. Пулатов А.Т. Нефроуретеролитиаз у детей раннего возраста. // Здравоохранение Таджикистана. 1982. № 5. С.10-13.
5. Пулатов А.Т., Степанова Л.Ф. Диагностика и хирургическое лечение калькулезного гидронефроза у детей // Клиническая хирургия. 1986. № 6. С. 57-60.

Ходжамуродова Д.А., Косимова Ф.О., Аминова Ф.Б., Ибрагимова Ф.И., Истамова Г.Д.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДНОГО БРАКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ

ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Бесплодие - одна из актуальных проблем современной гинекологии и общества, поэтому всегда будет привлекать к себе огромный интерес основных специалистов, таких как акушеры-гинекологи, репродуктологи и андрологи. По данным многочисленных исследований, частота бесплодного брака колеблется в пределах 8-29%. По данным ведущих клиник Европы, количество бесплодных пар составляет 10%, в США - 8-15%, в Канаде – около 17%, в Австралии - 15,4% [1, 2]. В структуре бесплодного брака эндокринный фактор занимает значительную часть – около 30-40%, трубный фактор - 35-40%, перитонеальная форма бесплодия - 9,2-34%, маточно-цервикальный фактор - 6,0-18%, мужское бесплодие - до 17-30% и характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений [1-3]. Современные достижения в акушерстве, гинекологии и репродуктологии позволяют использовать высокоинформативные методы диагностики бесплодия для уточнения не только его формы, но и этиопатогенетических механизмов, дающих возможность целенаправленно проводить лечение, прегравидарную подготовку женщин, восстановление овуляции и проходимости, а также функциональной состоятельности маточных труб у женщин [3, 4, 5].

Следовательно, каждый клинико-патогенетический фактор бесплодия требует применения адекватных и эффективных принципов диагностики и лечения, приводящих к восстановлению репродуктивной функции.

Исходя из вышеизложенного, в настоящее время наиболее остро встают вопросы решения проблем, касающихся данных факторов в развитии бесплодия у женщин нашего региона.

Цель исследования. Оценить дифференцированный подход к диагностике и лечению бесплодного брака в зависимости от клинико-патогенетической формы бесплодия.

Материал и методы исследования. За период с марта 2015 года по май 2018 года в отделение гинекологической эндокринологии ГУ «ТНИИ АГиП» проведено проспективное амбулаторное и стационарное обследование 515 пациенток.

Основными жалобами этих больных были: отсутствие наступления беременности, нарушение менструального цикла, боли внизу живота, невозможность полового акта.

Больных распределили на 3 клинические группы: 1 группу составили женщины с трубно-перитонеальным фактором бесплодия (n-169), II группа -пациентки с маточно-цервикальным фактором (n-222) и III группа – с врожденными пороками репродуктивных органов (n-124). В

контрольную группу вошли здоровые фертильные женщины (n-20).

В соответствии со стандартом ВОЗ, было произведено комплексное исследование: беседа с супружескими парами, анамнестические и объективные данные, клинико-лабораторное, инфекционный скрининг, гинекологический статус с оценкой эндокринного и овуляторного генеза (определение уровня ПРЛ (пролактина), гонадотропинов (ФСГ, ЛГ) и стероидных гормонов в крови, ультразвуковое трансвагинальное исследование матки и придатков и мониторинг фолликул; оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (диагностическая и лечебная лапароскопия с хромосальпингоскопией), гистероскопия, оценка состояния эндометрия, консультация андролога (оценка фертильности спермы супруга), эхографические методы исследования щитовидной и молочной железы, кариотипирование.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера, программы Statistica 6.0 (StatSoft USA). Сравнительный анализ для качественных показателей проводили с помощью критерия X^2. Для сравнения количественных показателей среди множества групп применяли метод ANOVA (H-критерий Краскела-Уоллисса), а для межгрупповых сравнений применяли U-критерий Манна-Уитни. При применении всех методов дисперсионного анализа нулевая гипотеза отвергалась при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа клинико-лабораторных и хирургических операций у 515 инфертильных пациенток получены следующие результаты.

Возраст больных варьировал от 17 до 35 лет. Средний возраст женщин в группе с трубно-перитонеальным фактором бесплодия составил 24,3±1,4 лет, в группе с маточно-цервикальным фактором - 22,1±1,0 лет, в группе с врожденными пороками репродуктивных органов – 19,0±1,6 лет.

Следующие нозологии были определены при маточной форме бесплодия: патология эндометрия – 19 (20,9%), миома матки – 26 (28,6%), полип эндометрия – 28 (30,8%), врожденные аномалии матки – 24 (26,4%), внутриматочные синехии – 8 (8,8%) и гипоплазия матки - 27 (29,7%).

Среди цервикальных факторов бесплодия диагностированы следующие нозологии: полип цервикального канала – 4 (16,7%), эрозия шейки матки и цервицит - 22 (91,7%), стеноз и синехии цервикального канала - 6 (25,0%), врожденная аномалия шейки матки - 4 (16,7%), миома шейки матки - 3 (12,5%).

Сочетанная маточно-цервикальная форма была диагностирована у 107 (48,2%) пациенток.

В 3 группе больные с врожденными аномалиями репродуктивных органов были распределены на подгруппы: в первую подгруппу вошли пациентки с врожденными пороками развития влагалища - 31 (25,0%), во вторую подгруппу - больные с врожденными аномалиями тела и шейки матки – 77 (62,1%); в третью подгруппу - больные с синдромом Майер-Рокитанского-Кюстер-Хаузера – 12 (9,7%); в четвертую подгруппу вошли больные с женским и мужским гермафродитизмом – 4 (3,2%).

Средняя длительность бесплодия составила 5,4±1,4 лет. При изучении структуры бесплодия в обследованных группах выявлено, что первичное бесплодие у пациенток с маточно-цервикальным фактором (51,8 против 48,2%) ($p<0,05$) и врожденными пороками репродуктивных органов (74,2% против 25,8%) ($p<0,01$) превалирует над вторичным бесплодием. Вторичное бесплодие, наоборот, преобладает над первичным бесплодием у больных с трубно-перитонеальным бесплодием (58,4% против 41,6%) ($p<0,01$).

При маточно-цервикальной форме бесплодия предпочтение отдавали гистероскопическому методу лечения, которое характеризуется минимальной инвазией, возможностью визуального контроля, рассечения патологических спаек и рыхлых внутриматочных синехий.

При трубно-перитонеальном бесплодии была проведена поэтапная эндоскопическая диагностика и хирургическая коррекция проходимости маточных труб с последующим назначением патоэтиологической антибиотикотерапии и гормонального лечения.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о малой травматичности гистероскопических и лапароскопических операций в коррекции маточно-цервикального, трубно-перитонеального факторов бесплодия. Только дифферецированный и поэтапный подход может привести к восстановлению полости матки и менструальной функции, проходимости маточных труб и частоте наступления беременности от 40% до 61%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончарова Н.Н., Адамян Л.В., Мартышкина Е.Ю. и др. Структура бесплодия в супружеской паре. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний // Матер. XXV Междунар. конгр., 2012. С. 116

2. Крутова В.А., Коваленко Я.А. Современные представления о маточной форме бесплодия// Современные проблемы науки и образования. 2018. № 3.

3. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. М.: ГЭОТАР, 2010. 716 с.

4. Fagherrazzi S., Borgato S., Bertin M., Vitagliano A., Tomassi |L., Conte L. Pregnancy outcomes after laparoscopic myomectomy // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2014. Vol. 41 (4). P. 375-379.

5. Hou H.Y., Chen Y.Q., Li T.C., Hu C.X., Chen X., Yang Z.H. The outcome of laparoscopy guided hysteroscopic tubal catheterization for infertility due to proximal tubal obstruction // J Minim Invasive Gynecol. 2013. Vol. 16. P. 19.

Ходиев Ш.И., Нуралиев А.Ч., Бояков Е.Д., Тоиров М.Г., Толибов З.Ш., Курбонов Ш.С.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова
Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗРТ

Актуальность. Одной из актуальных и сложных проблем экстренной абдоминальной хирургии является диагностика и лечение острого деструктивного панкреатита (ОДП), занимающего 3 место среди острых заболеваний органов брюшной полости [2, 3]. Выбор оптимальной тактики лечения больных с ОДП зависит от его формы и глубины деструктивных изменений поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки [4]. Тяжелые деструктивные формы острого панкреатита наблюдаются в 12–18% случаев, которые до 32,2% сопровождаются летальным исходом [3]. Ряд авторов [1, 2, 5] при панкреатогенном ферментативном перитоните рекомендуют лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости. Однако, до настоящего времени нет единого подхода к тактике хирургического лечения больных с ОДП в соответствии с периодами и фазами развития некротической деструкции.

Цель исследования. Улучшение диагностики и лечения больных с острым деструктивным панкреатитом с применением видеолапароскопии.

Материал и методы исследования. Нами в период с 1990 по 2017 годы в хирургических отделениях Областной и Городской клинической больницы г. Бохтар были прооперированы 47 больных с острым деструктивным панкреатитом с применением видеолапароскопии. Возраст пациентов варьировал от 27 до 78 лет. Для уточнения диагноза и характера осложнений ОДП применяли УЗИ, КТ, МРТ и видеолапароскопию.

У 23 пациентов с ОДП, осложненным ферментативным перитонитом, была выполнена видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. У 12 больных с ОДП осложненного оментобурситом (11) и панкреатогенным абсцессом (1) с применением видеолапароскопической технологии произведена санация и дренирование полости малого сальника. Лапароскопическая холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости были выполнены у 9 больных с ОДП, осложненным ферментативным перитонитом и холангитом. При этом в качестве дренажной трубки был использован катетер Фолея. У 3 больных с ОДП, осложненным деструкцией желчного пузыря, выполнена лапароскопическая холецистэктомия, санация дренирование брюшной полости. Дренажные трубки из брюшной полости и полости малого сальника были удалены по нормализации показателей и прекращения выделения из брюшной полости. Всем пациентам проводилась инфузионно-детоксикационная, антиферментная, антисекреторная и антибактериальная терапия в условиях отделения реанимации.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде умерли 4 пациента от полиорганной недостаточности. У 35 пациентов с ОДП, осложненным ферментативным перитонитом, после видеолапароскопической санации и дренирования брюшной полости наступило выздоровление. В 8 наблюдениях через 10-14 дней после видеолапароскопической санации и дренирования брюшной полости, наступило инфицирование крупноочагового панкреонекроза. Им была выполнена лапаротомия, секвестрнекрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Среди них у 5-х наступило выздоровление, у 3-х – летальный исход от сепсиса и полиорганной недостаточности. Всего среди 47 оперированных нами больных с острым деструктивным панкреатитом выздоровление наступило у 40 (85,1%), умерли 7 (14,9%) больных от тяжелой токсемии и полиорганной недостаточности. Наши наблюдения и данные литературы [1, 2, 5] свидетельствуют о целесообразности включения видеолапароскопической технологии в комплексное лечение больных с острым деструктивным панкреатитом.

Заключение. Видеолапароскопическая технология способствует уменьшению частоты напрасной лапаротомии и улучшению результатов комплексного лечения больных острым деструктивным панкреатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Смирнов А.Д. Применение лапароскопии в диагностике, прогнозировании тяжести и лечении острого деструктивного панкреатита. Научно–методические рекомендации. Липецк, 2011. 35 с.

2. Затевахин И.И., Цициашвили Л.Ш., Будурова М.Д. Панкреонекроз (диагностика, прогнозирование и лечение). М., 2007. 224 с.

3. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М.: Бином пресс, 2004. 305 с.

4. Савельев В.С. Варианты течения панкреонекроза, определяющие выбор оптимальной тактики хирургического лечения // Анналы хирургии. 2006. №1. С. 40-44.

5. Werner J., Büchler M.W. Pancreatic necrosis: pro surgical therapy // Chirurg. 2011, V. 82, N.6. P. 507-513.

Холматов И.Б., Бободжанов Р.У., Камолова М.Я.

НАШ ОПЫТ МИРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ У ДЕТЕЙ

Курс оториноларингологии ХО ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Проблема патогенеза тугоухости на почве различной травмы все еще остается сложной задачей, хотя имеется много научных разработок. В последние годы среди детского населения отмечается значительный рост тугоухости, обусловленный поражением органа слуха и увеличением случаев бытовых травм уха (удар по уху ладонью) [1-5]. Это в полной мере относится к вопросам тугоухости при травматических повреждениях барабанной перепонки и методов их реабилитации в детском возрасте. Среди заболеваний ЛОР–органов травматическая тугоухость занимает особое место, так как возникшая при этом прогрессирующая у детей тугоухость глубоко затрагивает эмоциональную сферу, приводит к ограничению умственной способности, вестибулярным расстройствам и пр.

В доступной нам литературе мы не нашли достаточно сведений о мирингопластике в детском возрасте при травматических разрывах барабанной перепонки. В связи с этим мы поставили перед собой задачу в условиях ЛОР-клиники ОКБ г. Худжанда восстановить микрохирургическим методом целостность барабанной перепонки с использованием трансплантатов из фасции височной мышцы и периоста височной мышцы.

Актуальность выбранной темы обусловлена наличием большого числа больных детей, страдающих тугоухостью, обусловленной перенесенной травмой и разрывом барабанной перепонки.

Наиболее выгодным вариантом мирингопластики у детей, по нашим данным, является восстановление звукопроводящей системы уха с использованием фасции височной мышцы для восстановления целостности барабанной перепонки.

Цель исследования. Изучение и сравнение эффективности использования наиболее перспективных трансплантационных материалов для замещения дефекта барабанной перепонки.

Материал и методы исследования. За период 2016-2017 годы под нашим наблюдением находились 20 больных с травматическим разрывом барабанной перепонки, которым после полного клинического обследования и аудиометрии была произведена мирингопластика. Из них 15 мальчиков и 5 девочек. Возраст больных колеблется от 5 до 10 лет.

Мирингопластика латеральным методам с использованием фасции височной мышцы проведена у 10 детей, 5 пациентам проводили мирингопластику медиальной укладкой с использованием трансплантатов из фасции и периоста, взятых из внешней оболочки височной мышцы.

На аудиограмме у всех отмечалась кондуктивная тугоухость. Послеоперационный период протекал нормально функционально и морфологически, без осложнений. При отомикроскопии отмечается полное восстановление барабанной перепонки, как и слуховой функции.

Результаты и их обсуждение. Наши исследования, проведенные в течение более одного года, а также результаты проведенных операций латеральной и медиальной мирингопластики, морфологически и функционально дали одинаково положительный результат.

Заключение. Критерием успешности операции является определение кондуктивной тугоухости при травматическом разрыве барабанной

перепонки. Пользуясь этим критерием, установлено, что вполне удовлетворительный результат при мирингопластике получен у всех пациентов. Хорошие результаты получены при использовании фасции височной мышцы и периоста височной мышцы для замещения дефекта барабанной перепонки. Отдаленные результаты, полученные нами в течение 6 месяцев, показали нормальное функционирование барабанной перепонки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бободжанов У.Б. Клинико-аудиологическая характеристика острого травматического среднего отита с разрывом барабанной перепонки: автореферат дисс… канд.мед. наук. Душанбе, 1996

2. Мавлянова З.Р. Аудиологическая характеристика и вестибулометрическая характеристика тугоухости у детей школьного возраста // Материалы ежегодной XX научно-практической конференции института последипломной подготовки медицинских кадров. Душанбе, 2014. С. 171-174

3. Холматов И.Б., Бободжанов Р.У. Тимпанопластика при хроническом среднем отите травматического генеза // Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы науки и практики отоларингологии». Ташкент, 2008. С. 73-75

4. Холматов И.Б., Холматов Д.И., Бободжонов Р.У. Тимпанопластика при внезапной тугоухости травматической этиологии // Материалы 3 съезда оториноларингологов Узбекистана. Ташкент, 2010. С. 93-94.

5. Холматов Д.И., Бободжонов Р.У., Мухамадиев А.Ф. Совершенствование диагностики внезапной тугоухости травматической этиологии // Актуальные вопросы оториноларингологии: материалы конф. Душанбе, 2011. С. 18.

Холматов И.Б., Мавлянова З.Р., Рахимова А.М.

НАШ ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ХОРДЫ ТИМПАНИ И ПРОМОНТОРИАЛЬНОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Курс оториноларингологии ХО ИПОвСЗ РТ

Актуальность. При оценке эффективности различных операций на нервах барабанной полости у большого числа больных некоторые авторы пришли к выводу об отсутствии специальных показаний к ним. Тем не менее, применять их лучше в начальных стадиях заболевания, при выраженных же симптомах тугоухости они могут иметь значение для подготовки больных к слухопротезированию. Эффект в значительной мере носит индивидуальный характер и немногим превосходит эффект медикоментозной терапии [2-5]. По данным наблюдений академика Солдатова И.Б. (1991), операции на нервах барабанной полости показаны больным с явлениями перилимфатического гидропса, обусловленного понижением давления спинномозговой жидкости.

Отсутствие в специальной литературе убедительных доказательств превосходства одной методики над другой делает актуальным сравнение эффективности этих хирургических методов. В связи с этим мы поставили перед собой цель – провести одномоментно операцию резекции хорды тимпани и разрушение промонториального сплетения при болезни Меньера.

Цель исследования. Определение эффективности результатов резекции хорды тимпании и разрушения промонториального сплетения по данным клинико-аудиологическихи вестибулярных исследований пацинтов с болезнью Меньера.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР-клиники областной клинической больницы г. Худжанда в течение последних 5 лет, с 2013 по 2018 гг., обследованы 12 пациентов с болезнью Меньера. Критериями оценки эффективности оперативного лечения явились изменения субъективного состояния больных в послеоперационном периоде (частота приступов головокружения, интенсивность вегетативных расстройств, наличие ушного шума, степень снижения шума) и динамика данных объективных методов обследования (отомикроскопии, тональной пороговой аудиометрии, речевой аудиометрии и ультразвуковой аудиометрии). Функциональное состояние вестибулярного анализатора оценивали по совокупности всех исследуемых тестов: использовали «шагающий» и «пишущий» тесты Фу-Куда (1959), пробу фаланговой походки, статическое равновесие определяли методом кефалографии.

Вращательную пробу выполняли по методу Барани. Вне зависимости от выбранного варианта хирургического вмешательства в ходе операции выполнялся доступ к барабанной полости. Ход операции: эндоурально под общим обезболиванием осуществили тимпанотомию дугообразным разрезом, кожа задней стенки слухового прохода отступает на 0,5 см от костного кольца, в последующем из полости костной ткани вылущивается хорда тимпани и срезается в 2-х проекциях: верхней и нижней. Следующим этапом хирургического вмешательства является обнажение промонториума с применением микрохирургических инструментов: используя хирургический микроскоп, разрушаем кортикальную кость и одновременно нервное сплетение в пределах промонториума. После обработки антибиотиком завершаем хирургическое вмешательство. Барабанная перепонка фиксируется снова на прежнее место, и послеоперационный период ведется обычным образом.

Результаты и их обсуждение. Срок наблюдения за пациентами после перенесенного оперативного вмешательства варьировал в пределах от 6 месяцев до 1 года. В отдаленном послеоперационном периоде среди 12 больных у 6 отметили субъективное улучшение слуха. У остальных 6 больных тугоухость осталась на прежнем уровне. Ни у одного больного из 12 прооперированных пациентов снижения слуха не зарегистрировано. Субъективные ощущения во всех случаях коррелировали с результатами тональной пороговой аудиометрии и исследованием вестибулярного аппарата. Ушной шум после хирургического вмешательства перестал беспокоить 50% больных.

Заключение. По данным клинического обследования, тональной пороговой аудиометрии, речевой аудиометрии, исследований вестибулярного анализатора и отомикроскопии в послеоперационном периоде отмечена эффективность проведенных хирургических вмешательств у больных с болезнью Меньера. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства у всех больных отмечалась положительная динамика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мавлянова З.Р., Махкамова М.А. Вестибулометрическая характеристика острого травматического среднего отита с разрывом барабанной перепонки у детей школьного возраста // Материалы IV Петербургского форума оториноларингологов России, 2015. С. 86

2. Пальчун В.Т. Определение показаний к лечебной тактике при болезни Меньера // VII Съезд оториноларингологов. Суздаль, 1982. С. 207-208.

3. Пальчун В.Т., Асламазова З.И. Современные аспекты профилактики и лечения расстройства слуха у больных с болезнью Меньера // Вестник оторинолар. 1982. № 6. С. 39-46.

4. Сагалович Б.М, Пальчун В.Т. Болезнь Меньера. Москва, 1999.

5. Солдатов И.Б. Новое в диагностике и лечении болезни Меньера., Актовая речь в Самарском Медицинском Институте. Самара, 1991. С.19.

[1]Холов С.К., [1]Рафиев Ф.Р., [2]Гулмуродов У.Т., [1]Камолов А.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
[2]Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Острые венозные тромбозы (ОВТ) продолжают оставаться актуальной проблемой современной флебологии из-за высокой их распространенности, частого развития угрожающих состояний, а также неутешительных результатов лечения. Согласно литературным данным, ОВТ системы нижней полой вены ежегодно регистрируются у 50-70 человек на 100 000 населения. Вместе с тем, у 0,8-7,6% пациентов развивается тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), а вследствие развития тяжелой хронической венозной недостаточности каждый третий пациент становится инвалидом [1]. Тромбозы в системе нижней полой вены представляют собой наиболее частую и опасную разновидность ОВТ. На их долю приходится более 95% всех венозных тромбозов. В связи с анатомическими особенностями именно они в подавляющем большинстве случаев представляют реальную опасность как источник массивного ТЭЛА [3]. ОВТ нижних

конечностей обусловлены рядом факторов (беременность, нарушения реологических свойства крови, венозная гипертензия и др.).

В пожилом и старческом возрасте частота ОТГВ увеличивается в несколько раз (до 200 случаев на 100 000 населения в год). ТЭЛА регистрируют ежегодно с частотой 35-40 на 100 000 человек [2]. Оценке эффективности комплексного консервативного лечения острых венозных тромбозов конечностей посвящено настоящее исследование.

Цель исследования. Оценить результаты комплексного консервативного лечения больных с острым тромбозом глубоких вен конечностей (ОТГВК).

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты консервативного лечения 270 больных с ОТГВК, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РНЦССХ в период 2013-2017 гг. Лиц женского пола было 180 (66,6%), мужского – 90 (33,4%). Средний возраст больных составил 37,2±5,2 лет. Из общего количества госпитализированных женщин (n=180), у 95 пациенток фоном для развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей явилась беременность. Диагноз верифицировался результатами клинического обследования пациентов и ультразвуковым дуплексным сканированием (УЗДС) вен конечностей.

Тромбоз бедренно-подвздошного сегмента диагностирован у 197 (72,9%) больных, подколенно-берцового сегмента – у 47 (17,4%) и тромбоз подключичной вены – у 26 (9,6%) пациентов. Флотация верхушки тромба при тромбозе подвздошно-бедренного сегмента отмечалась в 25 (12,6%) случаях, подколенно-берцового сегмента – в 12 (25,5%). При тромбозе подключичной вены флотирующей головки тромба не обнаружено.

Все больные госпитализированы в экстренном порядке и им проводилось комплексное консервативное лечение в течение 7-11 дней. Курс лечения включал в себя применение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, флеботоников, реологических и нестероидных противовоспалительных препаратов, спазмолитиков, а также эластическое бинтование конечности, с учетом клинических рекомендаций [1].

Результаты и их обсуждение. По данным исследований свертывающей системы крови, в момент госпитализации отмечено достоверное повышение показателей коагулограммы (табл. 1).

После проведения курса консервативного лечения с применением реологических растворов, антикоагулянтов прямого действия (гепарин/НФГ), НПВС, флеботоников и непрямых антикоагулянтов наблюдалось значительное улучшение параметров коагулограммы (табл. 1).

Таблица 1

Показатели	*До лечения*	*При выписке*	*Средняя величина в норме*
Протромбиновое время, сек	От 14 до 16	От 20 до 25	16 -18
МНО	От 0,76 до 0,81	От 1,50 до 2,50	0,91 – 1,00
АЧТВ	От 18 до 22	До 40	25 – 28
ПТИ, %	От 114	До 70	95 – 100

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения ОТГВК

Сроки наблюдения	*Хорошие результаты*	*Удовлетворительные*	*ПТФС с развитием трофических нарушений*
3 мес.	30,3% (n=82) Степень реканализации 30-40 %	69,7% (n=188) Степень реканализации до 15%	В ранние сроки не наблюдались
6 мес.	60,4% (n=163) Степень реканализации 65-70%	24,8% (n=67) Степень реканализации 35-45%.	14,8 % (n=40). реканализация 20% + отечно-болевая форма ПТФС
12 мес.	74,8% (n=202) Степень реканализации до 90%	15,9 (n=43) реканализация до 50% + развитие окольных путей оттока	9,4% (n =25) ПТФС + трофические нарушения

По данным дуплексного сканирования, в период стационарного лечения на 4-5 сутки отмечался лизис флотирующей верхушки тромба или же плотная его фиксация к стенке вены.

В период стационарного лечения у трех больных развилась клиника тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) с одним летальным исходом.

После выписки из стационара больные продолжали приём непрямых антикоагулянтов и флеботоников в течение 6 месяцев и осуществляли компрессионную терапию. При этом адекватность антикоагулянтной терапии оценивали путём контрольных исследований величины МНО, поддерживая его в пределах 2-2,5 усл.ед.

Отдаленные результата комплексного лечения изучали на основании регресса основных клинических симптомов заболевания, изменений показателей коагулограммы и степени реканализации тромбированых вен с помощью УЗДС.

Заключение. Как видно из таблицы 2, через 12 месяцев на фоне комплексного лечения в 74,8% наблюдениях достигнуты хорошие результаты с реканализацией до 90%, в 27,7% случаях получены удовлетворительные результаты. В 9,4% наблюдениях даже на фоне адекватной терапии реканализации магистральных вен не было, что послужило развитию окольных путей оттока и трофических нарушений. В целом, в подавляющем большинстве наблюдений (90,6%) достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты с полным восстановлением трудоспособности пациентов.

Комплексная консервативная терапия ОТГВ эффективна в ранних сроках заболевания, позволяет уменьшить риск развития посттромбофлебитических осложнений, тем самым восстановить трудоспособность и снизить частоту инвалидности у большинства пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флебология. Руководство для врачей / под ред. В.С. Савельева. М.: Медицина, 2001. 664 с.

2. Кириенко А.И., Панченко Е.П., Андрияшкин В.В. Венозный тромбоз в практике терапевта и хирурга. М.: Планида, 2012. 336 с.

3. Петриков А.С., Шойхет Я.Н., Вяткин Д.А. и соавторы. Применение дабигатрана этексилата для лечения тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии // Ангиология и сосудистая хирургия. 2015. Т. 21, № 2. С. 27 -36.

Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПУЛИСА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Одним из предрасполагающих факторов развития эпулиса является травма десневого края. Лечение эпулиса в первую очередь должно начинаться с устранения травмирующего фактора. Снятие неправильно изготовленных ортопедических конструкций, исправление дефектов пломб, лечение кариозных зубов, удаление разрушенных зубов, исправление зубочелюстных аномалий в области локализации эпулиса и повышение гигиены полости рта приводят к обратному развитию заболевания [2, 3, 4]. Следует отметить, что с учётом онкологической настороженности некоторые исследователи [1, 5] и в настоящее время при лечении эпулиса рекомендуют придерживаться радикальной тактики хирургического лечения.

Цель исследования. Усовершенствование хирургических методов лечения больных эпулисом с использованием мирамистина.

Материал и методы исследования. Работа основана на клиническом наблюдении 25 больных с эпулисами альвеолярных отростков челюстей, находившихся на лечении в хирургическом кабинете Городской стоматологической поликлиники №2, г. Душанбе, за период с 2010 по 2017 гг. Возраст больных варьировал от 17 до 55 лет, среди них женщин было 13 (52,0%), мужчин – 12 (48,0%).

Всем больным проведено клинико-лабораторное исследование по традиционной схеме (общий анализ крови, биохимический анализ крови, исследование крови на RW, HCV, HbS-антиген, ВИЧ-инфекцию, ЭКГ, флюорография грудной клетки), а также для определения вида микрофлоры и чувствительности к антибиотикам проведено микробиологическое исследование.

Для предупреждения и лечения осложнений до и после оперативного вмешательства полость

рта обрабатывали 0,01% раствором мирамистина 3-4 раза в день.

Оперативное вмешательство проводили под местным проводниковым и инфильтрационным обезболиванием (Sol. Ubistesini forte 4%, Articaini 4%, Mepivacaini 2%, Lidocaine HCL 2%). После обработки операционного поля раствором мирамистина произведен разрез слизистой оболочки вокруг образования до кости в пределах здоровой ткани. Эпулис остро и тупо отслоен от поверхности кости и полностью удален. В местах, где отмечается участок разрежения костной ткани, с помощью бормашины и фрезой произведено сглаживание поверхности, до образования кровяной росы. Далее производится мобилизация тканей для сближения краев раны и после антисептической обработки по традиционной схеме 0,01% раствором мирамистина накладываются швы из викрила.

Результаты и их обсуждение. У 25 больных послеоперационный период протекал благоприятно, значимых осложнений не наблюдали. Ближайшие результаты после операций в области альвеолярного отростка, проведённых в условиях поликлиники, показали, что у больных самочувствие на следующий день было удовлетворительным, температура тела не повышалась, послеоперационные боли и кровотечение из раны не отмечались, открывание рта в полном объеме. Отмечалась незначительная воспалительная реакция в зоне вмешательства, которая ликвидировалась ко 2-3 суткам после тщательной обработки 0,01% раствором мирамистина. Заживление ран у всех больных первичным натяжением, расхождения швов не наблюдалось. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную и противовоспалительную терапию.

В силу особенностей своей молекулярной структуры мирамистин не взаимодействует с эукариотическими клетками человека, не обладает общим и местнораздражающим действием. Не выявлены его аллергизирующие свойства, канцерогенные, тератогенные и мутагенные эффекты. Мирамистин в качестве санационного раствора показал свою эффективность при хирургическом лечении данной категории больных.

Заключение. Таким образом, антисептический раствор мирамистин обладает выраженными гемостатическими, противомикробными свойствами и оказывает стимулирующее действие на репаративные процессы в ране, что обуславливает высокую терапевтическую эффективность препарата. Препарат снижает частоту осложнений после операций в полости рта, ускоряет заживление раны, исключает необходимость многократных посещений больным врача и сокращает сроки временной нетрудоспособности в 2,3 раза. Всё это позволяет рекомендовать антисептический раствор мирамистин для широкого внедрения в стоматологическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.В. Клинические наблюдения за эпулисами беременных женщин, их лечение и прогноз // Клиническая стоматология. 2012. №2. С. 44-47.

2. Бахмудов Б.Р. Частота развития, клиническая картина, гистологическая характеристика и лечение эпулиса у беременных женщин // Новое в стоматологии. 2015. №1. С. 54-59.

3. Борисова Э.Г., Лунева Ю.А. Оценка эффективности применения препарата мирамистин при заболеваниях слизистой оболочки полости рта // Стоматолог-практик. 2016. №2. С. 58-61.

4. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Ф. Робустовой. М., 2011. С. 592-594.

5. Шеина Н.А., Лутошкина Н.Г. Использование мирамистина в физиотерапевтической практике // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2012. №6. С. 51-56.

[1]Шакиров М.Н., [2]Мирзоев М.Ш., [2]Рашидов Х.Т., [2]Хушвахтов Д.И.

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА С ВЫВИХОМ И ФРАГМЕНТАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МАТЕРИАЛАМИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

[1]Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СибГМУ РФ
[2]Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Одной из важных и сложных проблем современной черепно-челюстно-лицевой хирургии является эндопротезирование свода черепа, челюстей, лицевых костей и, в частности, моделирование повреждений височно-нижнечелюстного сустава [1,3].

Динамичное развитие в последние десятилетия XX и начала XXI века науки и медицины привело к появлению компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ, и МРТ), мультиспиральной томографии (МСКТ) и объемных цифровых дентальных томографов (ОЦДКТ). Эти высокотехнологичные методы исследования трехмерным изображением (3Д) значительно изменили возможности лучевой диагностики в получении значимой диагностической информации рентгенологического пособия [2, 5].

Цель исследования. Усовершенствование хирургического лечения больных с нестабильными повреждениями височно-нижнечелюстного сустава путем использования материалов из никелида титана и проанализировать отдаленные исходы лечения и поведения TiNi с костной тканью.

Материал и методы исследования. Клинический материал работы основан на опыте обследования и лечения 47 пациентов с высокими повреждениями мыщелкового отростка, фрагментарным переломом суставной головки ВНЧС и ее вывихом, находившихся на лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии Томской областной клинической больницы и Национального медицинского центра РТ за период с 2010 по 2016 г.

Анализ возрастных наблюдений выявил необходимость распределения больных на группы. Первая группа (7-12 лет) - 9 больных, вторая (13-17 лет) - 12, третья (18-45 лет) - 26 пациентов.

Моделирование реплантата осуществлялось мини-скобами 4-5 мм, толщиной 0,5-0,9 мм, которыми фиксировали суставную головку в трех плоскостях к линии перелома мыщелка. Иммобилизация реплантата скобами разной конфигурации и толщины из никелида титана производилась строго индивидуально к фрагменту ветви челюсти. Формирование и фиксация реплантата скобами к ветви челюсти проводилась под углом 90º, так как реплантат устанавливается в правильное соотношение с ветвью челюсти и головка сустава вводится в суставную ямку на диск. Остеосинтез реплантата осуществляли омега- и S-образными скобами с памятью формы бикортикально и строго перпендикулярно линии остеотомии ветви.

Результаты и их обсуждение. С помощью рентгеновской компьютерной томографии было выявлено 17 (36,1%) случаев исследуемой патологии, при магнитно-резонансной томографии - 12 (27,6%) наблюдений, при мультиспиральной компьютерной томографии - 18 (38,2%) случаев. Из 35 (74,4%) больных с высокими переломами шейки мыщелкового отростка с полным двусторонним вывихом суставных головок у 15 (31,9%) наблюдали внутрисуставные фрагментарные переломы головок.

В результате лечения переломов ВНЧС предложенной методикой достигнуто полное восстановление функции в 45 (95,7%) случаях. Больные через двое суток после оперативного вмешательства принимали жидкую пищу, рот открывался свободно, без межчелюстной иммобилизации. Жевательная функция восстанавливалась на 5-7 сутки.

Заключение. Таким образом, использование погружных фиксаторов из никелида титана с эффектом памяти формы для остеосинтеза при переломах в области шейки и основания мыщелкового отростка, сопровождающихся вывихом суставной головки, фрагментарными её переломами, по предлагаемой методике реплантации мыщелкового отростка позволяет сохранить функцию ВНЧС при достаточно стабильной иммобилизации остеосоединения фрагментов челюстей с умеренным компрессионным эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов В.Н., Асташина Н.Б., Рогожников Г.И. и др. Оценка основных характеристик новой комбинированной имплантационной системы для эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава // Фундаментальные исследования. 2013. №1-2. С. 20-23.

2. Карнаухов А.Т., Алёшкин И.Г., Карнаухов В.А., Маковецкая Е.А. Отдаленные результаты лечения вторично-деформирующих остеоартрозов и анкилозов ВНЧС с использованием материалов на основе никелида титана / Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в челюстно-лицевой хирургии и онкологии / под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НПП МИЦ, 2016. С. 121-129.

3. Козлов В.А., Александров А.Б. Остеопластика нижней челюсти. СПб.: Человек. 2013. 40 с.

4. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы / под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НПП МИЦ, 2011. 534 с.

5. Шорстов Я.В., Топольницкий О.З., Краснов А.П. Анализ результатов эндопротезирования детей младшего возраста при анкилозе ВНЧС и использование новых технологий для улучшения результатов лечения // Российский стоматологический журнал. 2011. №3. С. 36-39.

Шамсидинов А.Т., Файзов К.С., Боев З.Д., Боев М.Д., Шамсидинов О.Т.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Ортопедические методы лечения, в совокупности с терапевтическими и хирургическими, имеют важное значение в комплексной терапии болезней пародонта. Протезные конструкции при болезнях пародонта должны решать одновременно две задачи: иммобилизацию расшатанных зубов и разгрузку их от жевательного давления.

Изготовление ряда предложенных конструкций ортопедических аппаратов – разборных протезов, с подвижным суставом, шинирующих протезов, на литых полукоронках с пазами – связано с большими трудностями, поэтому они не могут широко применяться в условиях массового поликлинического приёма..

Материал и методы исследования. Учитывая высокую обращаемость больных с болезнями пародонта, а также распространённость их в условиях Таджикистана, мы при ортопедическом лечении применяли наименее сложные, но достаточно эффективные конструкции шин и шин-протезов.

Во 2-й Городской стоматологической поликлинике, являющейся базой кафедры стоматологии, за последние 3 года нами было принято 130 больных, из них 90 мужчин и 40 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Основной контингент принятых больных (70 %) был в возрасте от 35 до 50 лет. В основном у обратившихся был диагностирован пародонтит (110) и пародонтоз (20).

По степени атрофии альвеолярных отростков больные распределялись следующим образом: I степень - 45, II степень - 30, III степень - 55 человек. Таким образом, наблюдение и ортопедическое лечение были проведены нами преимущественно пациентам с III степенью атрофии альвеолярных отростков.

В основном протезировались больные с частичной потерей зубов, с различной локализацией и протяженностью дефектов в зубных рядах.

Ортопедическое лечение проводилось индивидуально, с учетом данных анализов, клинической картины, рентгенологического иследования, особенностей артикуляции и функционального состояния жевательного аппарата. Также выявлялись степень подвижности зубов, глубина десневых патологических карманов, характер прикуса, локализация и протяженность дефектов зубных рядов.

Рентгенологически определялась степень атрофии альвеолярного отростка, а также состояние периапикальных тканей зубов.

Для определения функциональной недостаточности опорных свойств пораженного зуба мы брали степень подвижности.

Результаты и их обсуждение. Использовали съемные и несъемные виды ортопедических конструкций. Несъемные конструкции изготовлялись в виде кольцевых шин и шинирующих мостовидных протезов на кольцах, коронках и их разновидностях. Из съемных применялись протезы, опирающиеся на штанги, на пришеечные выступы коронок, бюгельные протезы, а также съемные протезы с дополнительными опорными и шинирующими приспособлениями.

Для закрепления подвижных зубов в области фронтальных участков верхней и нижней челюстей была изготовлена 31 шинируюшая конструкция. Сюда входили 17 колпачковых шин как для связывания расшатанных зубов, так и для возмещения 2-4 отсутствующих зубов, 5 шин было изготовлено из спаянных коронок, 3 - из спаянных коронок с облицовкой, 74 мостовидных протеза с коронками и их разновидностями, примененные для шинирования и протезирования боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Из съёмных аппаратов было 56 протезов, из них 5 протезов, опирающихся на штанги; 20 протезов, опирающихся на пришеечные выступы коронок; 11 протезов с окклюзионными накладками на жевательные поверхности больных зубов; 8 протезов с перекидными кламмерами; 8 бюгельных протезов; 4 протеза с многозвеньевым гнутым или литым кламмером.

Из 31 иммобилизирующей шины, примененной в области фронтальных зубов, пришлось снять 3. Эти шины были сняты через 6 и 10 месяцев после наложения вследствие ухудшения клинической картины и прогрессирования процесса. Причиной было включение в шину зубов с атрофией костной ткани более чем на ¾ длины корня при пародонтите, что не наблюдалось при пародонтозе.

Мостовидные протезы в большинстве случаев применялись при локальных поражениях зубов пародонтитом, когда наряду с подвижными зубами I, II и III степеней имелись и клинически устойчивые зубы. При этом они давали

иммобилизацию и загрузку пораженных зубов. При примерке колпачков, колец и полукоронок обращалось внимание на точность прилегания металлического края к экватору зуба. Жевательную поверхность мостовидных протезов мы изготавливали из пластмассы, что дает возможность хорошо отрегулировать прикус, кроме того, известная стираемость пластмассы предотвращает дальнейшее расшатывание зубов. В ряде случаев для сагиттальной стабилизации и стабилизации по дуге применяли коронки с двуплечими литыми кламмерами, что давало возможность имобилизовать подвижные зубы и частично устранить отрицательное действие съемного протеза на слизистую оболочку и давление на здоровые зубы.

Перед проведением терапевтического и хирургического курсов лечения и применения противовоспалительных препаратов были изготовлены временные шины, которые впоследствии заменялись на постоянные.

Ортопедическое лечение больных с заболеваниями пародонта было связано с определёнными трудностями как в отношении планирования протезной конструкции, так и при проведении отдельных этапов протезирования, по сравнению с обычным протезированием зубов.

Заключение. Своевременно проведенное ортопедическое лечение создает пораженным тканям пародонта функциональный покой, что в свою очередь является благоприятной почвой для терапевтического и хирургического лечения. Более стойкие результаты ортопедического лечения были получены при локальном поражении зубов, когда наряду с подвижными имелись и клинически устойчивые зубы. При этом на контрольных ренгеновских снимках в течение 3 лет ткани пародонта сохраняли прежний рисунок. В ряде случаев атрофия принимала более равномерный характер.

Показания к ортопедическому лечению должны базироваться на индивидуальном учете всего симптомокомплекса. Одни ренгено–морфологические данные не могут служить основной для полного суждения о динамике развития патологического процесса. Необходимо также учитывать степень подвижности зубов, характер прикуса, развитие и течение болезни, локализацию дефектов зубов и данные понижения эффективности жевания. И, наконец, дальнейшее изучение качества шинирующих конструкций, применяемых при заболеваниях пародонта, требует использования стоматологической лечебной биотехнической системы, основанной на концепции биотехнических и функциональных систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкаров Х.А. Заболевания пародонта. М., 1981
2. Золотарева Ю.Б. Избирательное пришлифовывание при лечении болезней пародонта // Материал IVсъезда стоматологической ассоциации России. М., 1998. С. 49.
3. Леонтьев В.К., Пахомова Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 415 с.

[1]Шамсидинов Б.Н., [2]Гаффарова М.А., [1]Мухторова П.Р.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗАХ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Медицинский центр «ЛазерсМедика», Москва

Актуальность. Папиллома гортани - это доброкачественная фиброэпителиальная опухоль, состоящая из соединительнотканной основы, бедной клетками и содержащей широкие сосуды. Выделенные клинически ювенильная и взрослые формы заболевания гистологически идентичны (фиброэпителиальная опухоль), однако существенно различаются по клиническому течению: при ювенильном папилломатозе отмечается высокая степень рецидивирования и чаще встречаются распространенные формы, а у взрослых есть риск малигнизации папиллом [1, 2, 3].

Морфологически папиллома представляют собой зернистую мелкодольчатую опухоль, имеющую вид цветной капусты или малины розовато-красноватого цвета на тонкой, длинной или короткой ножке, реже на широком основании. Ювенильный респираторный папилломатоз ха-

рактеризуется как высоко пролифелирирующая плоскоклеточная опухоль с резко расширенными и полнокровными капиллярами в строме, в то же время как при взрослой форме обнаружена плоскоклеточная папиллома с участками гиперкератоза, дисплазии I-II и низкой пролиферативной активностью [4, 5].

Характерным цитологическим признаком папилломавирусного поражения является койлоцитарная атипия. Каримова Ф.С. (2003) обнаружила в тканевом материале папиллом ДНК ВПЧ в 97% случаев и в 100% койлоциты среди эпителиальных клеток папиллом гортани, что, несомненно, указывает на ведущую этиологическую роль вирусов папилломы человека в возникновении папилломатоза гортани [2, 6, 7].

Анализ литературы свидетельствует о том, что гистохимические исследования папиллом позволяют создать более совершенное представление о биологических свойствах папиллом гортани. В совокупности с другими методами исследования они являются ценными тестами раннего выявления начинающейся малигнизации и имеют большое практическое значение для дальнейшего определения тактики лечения [1, 4, 6, 8, 9].

Цель исследования. Выявление прижизненных морфо-логических изменений эпителия при различных клинических формах папилломатоза гортани у детей..

Материал и методы исследования. Цитологическую диагностику проводили методом люминесцентной микроскопии. Прежде чем приступить к изучению мазков из гортани у детей, больных папилломатозом, мы обследовали в качестве контроля 30 практически здоровых детей. При этом использовали методику люминесцентной микроскопии «сухих» нефиксированных мазков.

Материалом исследования являлись мазки со слизистой оболочки носа, глотки, гортани. Исследование проводили в сине-фиолетовом свете люминесцентного микроскопа. В мазках с неизмененной слизистой оболочки носа, глотки, гортани на общем темном или коричневом поле зрения видны все элементы мазка, за исключением эритроцитов, которые представлены в виде теней округлой формы. Клетки многослойного плоского эпителия встречались в виде базальных, парабазальных, промежуточных и двух видов поверхностных клеток. В мазках из полости носа и гортани можно видеть отдельные клетки цилиндрического эпителия или целые клеточные комплексы. Из неэпителиальных элементов были лейкоциты, лимфоциты, гистиоциты, бактерии. Получив цитологические данные при исследовании мазков отделяемого верхних дыхательных путей у практически здоровых детей, в дальнейшей работе мы обследовали 60 детей (34 девочки, 26 мальчиков), больных папилломатозом гортани. Из них в возрасте до 1 года было 2 ребенка, от 1 года до 7 лет – 41, старше 7 лет– 17. У 57 папилломы были в гортани, у 3 – в гортани и верхнем отделе трахеи.

Распространение больных по локализации папиллом в гортани

Локализация папиллом	*Число больных*
На одной истинной голосовой связке или у передней комиссуры	10
На обеих истинных и ложных голосовых связках, в подсвязочном пространстве	20
На истинных и ложных связках, в подсвязочном пространстве, на черпаловидных хрящах и черпало-надгортанных связках	27
Распространенный папилломатоз гортани и в верхнем отделе трахеи	3
Всего	60

По распространенности и локализации папиллом гортани (табл.) все больные разделены на 2 группы: с ограниченной (I и II степени) и распространенной (I и II степени) локализацией. Ограниченная форма I и II степеней отмечалась у 10 больных. Папилломы находились на одной истинной голосовой связке или на обеих (чаще в передней их трети).

Распространенная форма папилломатоза I и II степеней диагностирована у 50 больных. Папилломы были на истинных и ложных связках, а также в подсвязочном пространстве. У 3 больных папилломы определялись в гортани и в трахее. Обширное распространение папиллом в гортани вызывало не только нарушение голоса, но и значительное затруднение дыхания вплоть до асфиксии. Всем больным затруднение дыхания устранено путем эндоларингеального удаления папиллом и последующего консервативного лечения. Однако после проведенного лечения у данных больных отмечались рецидивы папилломатоза. У 11 больных они обна-

ружены через 5–11 месяцев после окончания курса лечения.

Результаты и их обсуждение. Исследуя отделяемое из гортани, а также отпечатки с папиллом методом люминесцентной микроскопии, мы наблюдали различную цитологическую картину. При ограниченной форме папилломатоза гортани (у 10 человек) в мазках обнаружены клетки поверхностных слоев плоского эпителия, лейкоциты, микробы, а также больших размеров эпителиальные клетки с эксцентрично расположенным ядром. Заболевание протекало без резкого нарушения дыхания, после проведенного лечения рецидивов не наблюдалось.

При распространенной форме папилломатоза гортани у 33 из 50 больных при цитологическом исследовании, кроме указанных выше клеток, в мазках было много клеток цилиндрического эпителия. Атипизма клеток не обнаружено. После удаления папиллом и последующего консервативного лечения рецидива папилломатоза в ближайшие 2–3 года не отмечалось. Наличие в мазках-отпечатках с папиллом клеток цилиндрического эпителия свидетельствует, что папилломы бывают не только на истинных голосовых связках, покрытых многослойным плоским эпителием, но и в других отделах гортани, выстланных цилиндрическим эпителием.

У 17 больных с распространенной формой папилломатоза гортани в мазках встречались клетки плоского и цилиндрического эпителия, лейкоциты, микробы. Обнаружен атипизм клеток эпителия. В клетках выявлены значительные изменения ядер: различные их размеры, амитоз, наличие двух- и четырехлопастных ядер, грубая зернистость хроматина, разрыхление кариоплазмы, фрагментация ядра, мелкие включения. В цитоплазме – нелюминесцирующие включения, оттесняющие ядра на периферию, а также вакуоли. Встречались комплексы клеток с ярким свечением. Клиническая картина заболевания отличалась тем, что папилломы заполняли весь просвет гортани. Это приводило не только к охриплости, но и к резкому затруднению дыхания вплоть до асфиксии. После трахеотомии, а также эндоларингеального удаления папиллом и проведенного в последующем консервативного лечения у больных этой группы часто возникали рецидивы папилломатоза.

При гистологическом исследовании удаленных папиллом был подтвержден диагноз папилломатоза гортани. У 17 больных обнаружен атипизм клеток эпителия.

Заключение. Цитологические исследования методом люминесцентной микроско-пии показали, что различным клиническим формам папилломатоза соответствуют различные морфологические изменения эпителия. Наличие в мазках из гортани при папилломатозе атипизма клеток эпителия указывает на папилломатоз, способный рецидивировать и распространяться на различные отделы гортани и трахею. Данные изменения эпителия создают такой фон, который в период полового созревания и в более старшем возрасте может способствовать малигнизации папиллом и развитию раковой опухоли. Дети, больные папилломатозом гортани, должны находиться под наблюдением оториноларинголога до полного исчезновения папиллом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышев В.В., Андреев В.Г., Попучиев В.В., Ежов С.В. Современные аспекты изучения респираторного папилломатоза. Часть I. // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 5 (35). С. 67-72.

2. Каримова Ф.С. Индукторы интерферона в лечении папилломатоза гортани у взрослых // Мат-лы междунар. конф. «Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи». М., 2003. С. 86 – 88.

3. Карпищенко С.А., Катинас Е.Б., Кучерова Л.Р. Рецидивирующий респираторный папилломатоз // Врач. 2012. № 1. С.11-14.

4. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М., Кочнева А.С. Папилломатоз гортани: современные возможности лечения // Рос. оторинолар. 2013. № 3 (64). С. 190-194.

5. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Папилломатоз гортани: современное состояние проблемы // Вест. оторинолар. 2013. №2. С. 79-85.

6. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Стрыгина Ю.В., Погосова И.Е. Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы // Вестн. оторинолар. 2009. № 4. С. 66-71.

7. Bo L. Anesthesia management in pediatric patients with laryngeal papilloma-tosis undergoing suspension laryngoscopic surgery and a revive of the literature. L.Bo, S.Y.Shu, B.Wang // Int. J. of Pediatr. Otorhrinolaryngol. 2011. Vol. 75, № 11. P. 1442-1445.

8. Bondaryev A., Makris D., Breen D.P., Dutau H. Airway Stenting for Severe Endobroncheal Papillomatosis // Respiration. 2009. Vol. 77(4). P. 455-458.

9. Katsenos S., Besker H.D. Recurrent respiratory papillomatosis a rare chronic disease difficult to treat with potential to lung cancer transformation apropos of two cases and a briet literature review // Case Rep Oncol. 2011. Vol. 23. №4 (1). P. 162-171.

Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Олимов Т.Х.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ ВЗГЛЯДАХ НА ТРАХЕОТОМИЮ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Трахеотомия остаётся актуальным оперативным вмешательством при целом ряде патологий как у детей, так и у взрослых, и она является хирургическим вмешательством, которое выполняется по витальным показаниям для устранения гипоксии, развившейся в результате обструкции дыхательных путей различного генеза. Степень стенозирования дыхательных путей во многом зависит от адекватного ведения послеоперационного периода. Развитие грудной хирургии и анестезиологии и связанное с ними углубленное изучение физиологии дыхания расширили показания к трахеотомии. Она вышла из узкой сферы ургентной ларингологии и заняла прочное место в медицинской практике при лечении различных тяжёлых заболеваний и обусловлена необходимостью восстановления дыхания [1, 3, 4, 5].

С современной точки зрения показаниями к трахеотомии являются: стойкая закупорка гортани, закупорка нижних дыхательных путей (заболевание, при котором скопление секрета в нижних дыхательных путях возникает из-за нервно-мышечного нарушения, из-за комы и резкой слабости, вызванной системными заболеваниями и общими инфекциями, из-за токсикозов, отравлений, тяжелых травм с повреждением мозга), реанимационные мероприятия [2, 5].

Все это расширяет показания к трахеотомии и заставляет отоларингологов пересмотреть общепринятые практические установки.

Цель исследования. Анализ результатов лечебных возможностей трахеотомии для устранения дыхательной недостаточности.

Материал и методы исследования. Нами исследовано 22 больных в возрасте от 7 месяцев до 35 лет, которым трахеотомия была произведена при различных заболеваниях и травмах, сопровождающихся острым нарушением дыхания.

В зависимости от форм нарушения дыхания больные были распределены на 3 группы. В первую группу больных вошли 13 больных с непроходимостью дыхательного тракта в верхнем отделе, во вторую группу – 4 больных с нарушением проходимости дыхательного тракта продуктами секреции или аспирации, в третью группу – 4 больных с острой недостаточностью или отсутствием спонтанного дыхания.

Результаты и их обсуждение. Среди 13 больных первой группы у 3 диагностированы опухоли гортани, нарушение дыхания у этих больных было обусловлено разрастанием опухоли, 2 больным трахеотомия произведена при воспалительных заболеваниях гортани; 2 больным с травмой гортани и трахеи удалось спасти жизнь с наложением трахеотомии в условиях приёмного покоя в экстренном порядке. У 4 больных острый стеноз гортани возник после струмэктомии, спустя несколько месяцев после операции. У 2 больных в плановом порядке трахеотомия наложена в отделении челюстно-лицевой хирургии как предварительный этап устранения анкилоза нижней челюсти. У одного семимесячного ребёнка трахеотомия произведена по поводу врожденной аномалии развития гортани.

Во вторую группу включены 3 больных с черепно-мозговой травмой и 1 больной, доставленные без сознания в состоянии алкогольного отравления, у которых нарушение дыхания было обусловлено аспирацией рвотными массами и изменениями центрального происхождения, развившимися в связи с отеком мозга, к которым присоединились тяжелые вторичные легочные осложнения.

Современными методами исследования установлено, что при черепно-мозговой травме, сопровождающейся глубоким бессознательным состоянием, утрачиваются или снижаются глотательный и кашлевой рефлексы, что способствует переполнению дыхательных путей продуктами аспирации и секреции, возникают гиповентиляция, гипоксемия и гиперкапния, происходит расширение сосудов мозга, что, несомненно, является одной из причин усиления кровотечения из поврежденных сосудов, увеличения отека мозга и повышения внутричерепного давления.

Дыхательная недостаточность в этой группе больных из-за закупорки нижних дыхательных путей развивается медленно, что истощает резервные силы организма больного, ослабленного предшествующими заболеваниями или хирургическими вмешательствами, и приводит к летальному исходу. В таких случаях больные утопают в собственной мокроте, которую они не в силах удалить самостоятельно.

При аспирации рвотных масс, наблюдавшейся у 2 больных с алкогольной интоксикацией и черепно-мозговой травмой, вначале возникал бронхоспазм, а в поздние сроки - тяжелые бронхопневмонии.

Такие случаи является бесспорным показанием к трахеотомии. Она позволяет надежно в течение длительного времени санировать дыхательные пути, нормализовать вентиляцию легких, облегчить отток крови из венозной системы мозга.

В третью группу вошли больных с острой недостаточностью или отсутствием спонтанного дыхания. Мы произвели трахеотомию 2 больным с тяжелой черепно-мозговой травмой и абсцессом мозга (у 1 больного), в связи с отсутствием у этих больных спонтанного дыхания, для подключения к аппаратному дыханию. У этих больных острое нарушение дыхания сочеталось с отеком легких, обширной травмой мозга и тяжелой декомпенсацией сердечно-сосудистой системы.

Во всех трех группах результаты были положительными. Больных удалось деканюлировать. У одного пациента второй группы после струмэктомии попытка восстановить естественное дыхание была неуспешной в связи с развитием стойкого стеноза гортани, ему в последующем проведена реконструктивная операция гортани и только спустя 3 месяца удалось провести деканюляцию. В одном случае в третьей группе, несмотря на своевременно оказанную помощь, наблюдался летальный исход из-за полученных травм, несовместимых с жизнью.

Заключение. Своевременно наложенная трахеотомия при правильной оценке состояния больного благоприятно влияет на течение основного заболевания, предупреждает возможное развитие осложнений и более благоприятно влияет на восстановление жизненно важных функций, особенно при черепно-мозговых травмах, и целесообразна при проведении вспомогательного аппаратного дыхания в течение длительного времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойкова Н.Э., Польнер С.А., Ильина К.Е. Особенности ведения пациентов с трахеостомой и сопутствующей бронхо-легочной патологией // Рос. Оториноларингология. 2009. № 3. С.26-30.

2. Захарова М.Л., Павлов П.В., Саулина А.В. Трахеостомия у детей: 17-летний опыт Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета // Рос. оториноларингология. 2015. №4. С.54-60.

3. Кирасирова Е.А. Особенности трахеостомии в зависимости от этиологии стеноза гортани и трахеи // Вест. оторинолар. 2008. №2. С. 32-34.

4. Щербина И.А., Полещук В.В., Буданова Л.С. Трахеостомия у детей в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы // Рос. оториноларингология. 2008. №2. С.168-171.

5. Alvi S., Bates J., Bruce I., Rothera M. Neonatal Tracheostomies experiences over the last decade at The Royal Mancheshester childrens hospital. // 11 International Congress of the European Sociary of Pediatric Otorhinolaryngology, 2013. P.79.

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Хасанов А.Б., Шамсиева Д.А.

НОВЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Распространенный аппендикулярный перитонит (РАП) был и остается наиболее тяжелым гнойно-септическим заболеванием детского возраста с летальностью, достигающей 20-30% [1]. Успехи современной медицины дали хирургам ряд действенных методов, позволяющих спасать жизнь больным с перитонитом. Однако число послеоперационных осложнений при наиболее тяжелых формах РАП в последнее десятилетие сохраняется на уровне 10-15% и не имеет тенденции к дальнейшему снижению [2, 4]. Причем, развитие этих осложнений остается малопрогнозируемым, а, значит, и недостаточно управляемым процессом. Существующие на современном этапе различия в хирургической тактике, антибактериальной терапии не оказывают значимого влияния на дальнейшее снижение числа внутрибрюшных послеоперационных осложнений [3, 5].

Цель исследования. Разработать эффективные методы прогнозирования и ранней диагностики послеоперационных гнойных осложнений

при распространенном аппендикулярном перитоните у детей.

Материал и методы исследования. Во 2-й клинике Самаркандского государственного медицинского института под нашим наблюдением находилось 282 больных детей, в период от 1 года до 23 лет, прооперированных по поводу РАП, которым с целью выявления послеоперационных внутрибрюшных гнойных осложнений были проведены информативные расчетные показатели (показатель спонтанной агломерации лейкоцитов – ПСАЛ и индекс ядерной сегментации нейтрофилов – ИЯСН) в комплексе с динамической ультразвуковой сонографией (УЗС).

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный УЗ-мониторинг пациентов осуществляли путем ежедневного трансабдоминального сонографического сканирования всех областей брюшной полости в течение 7 дней. В качестве дополнительных вспомогательных критериев ранней диагностики формирующихся абсцессов брюшной полости мы использовали также показатели ПСАЛ и ИЯСН, ухудшение которых, по сравнению с нормативными значениями, в динамике указывает на высокую вероятность развития гнойно-воспалительных осложнений. У этой категории пациентов мы удлиняем сроки УЗ-мониторинга до выявления внутрибрюшных абсцессов или до нормализации этих показателей.

При развитии внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений показатели ПСАЛ после некоторого снижения в первые сутки после операции к 5-6 суткам вновь начинают повышаться, что соответствует примерным срокам формирования интраабдоминальных гнойников.

На фоне развития внутрибрюшных гнойных осложнений длительно сохраняется депрессия ИЯСН, тогда как при неосложненном течении послеоперационного периода ИЯСН приближается к норме в среднем на 7-8 сутки.

Разработанные методы прогнозирования и ранней диагностики послеоперационных гнойных осложнений при РАП у детей, включающие в себя исследования ПСАЛ, ИЯСН и УЗС, позволили достоверно сократить число релапаротомий, сроки стационарного лечения больных, а также снизить летальность.

Заключение. Таким образом, больным с высоким риском внутрибрюшных послеоперационных абсцессов, по результатам УЗ-мониторинга, исследования ПСАЛ, ИЯСН, необходимо своевременно проводить программированную релапаротомию до развития внутрибрюшных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов Х.А., Вахидов А.Ш. Тактика лечения распространенных аппендикулярных перитонитов у детей // Хирургия Узбекистана. Ташкент, 2009. N3. С. 10-11(5)

2. Алексеев С.А. Диагностика, прогнозирование, лечение и профилактика гнойно-септических осложнений у больных с интраабдоминальной инфекцией (экспериментально-клиническое исследование): fвтореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2004. 49 с.

3. Барсуков К.Н., Рычагов Г.П. Абсцессы брюшной полости как причина послеоперационного перитонита // Новости хирургии. 2011. Т. 19, №. 4. С. 71–76.

4. Al-Ajerami Y. Sensitivity and specifi city of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis // East Mediterr. Health J. 2012. Vol. 18 (1). P. 66–69.

5. Sookram J., Naidoo N., Cheddie S. Perforated caecal duplication cyst presenting as an appendicular abscess //S. Afr. J. Surg. 2016. Vol. 54 (3). P. 42.

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В., Бердиев У.Т.

АНОМАЛИИ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Мальротация – аномалия положения тонкой и толстой кишок и порочное формирование брыжейки в результате незавершенного или неправильного вращения эмбриональной пуповинной петли. Недостаточная общая брыжейка, отсутствие или патологическая фиксация различных отделов средней кишки на этапах вращения, обусловленные анте- или постнатальными нарушениями, могут служить анатомическими предпосылками возникновения

многочисленных вариантов мальротации и аномалий фиксации кишечника [1, 3-5]. В зависимости от срока и стадии внутриутробного развития плода варианты аномалии проявляются отсутствием или неполной ротацией, обратной, чрезмерной ротацией или образованием внутренней грыжи. Данные литературы о мальротации кишечника единичны и представлены описанием отдельных случаев [2]. Анатомические варианты имеют разные клинико-рентгенологические проявления и требуют дифференцированной тактики лечения. Мальротация кишечника нередко является случайной находкой при лапаротомии по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости. Порой даже опытному хирургу трудно идентифицировать отдельные морфологические варианты [4, 6].

Цель исследования. Изучить частоту отдельных клинико-анатомических форм нарушений ротации и фиксации кишечника у детей.

Материал и методы исследования. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 208 детей в возрасте от 3 мес. до 18 лет с различными формами мальротации и нарушений фиксации кишечника.

В комплексную дооперационную диагностику включали рентгенологические исследования (обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях; пассаж контраста по ЖКТ, ирригография); ультразвуковые исследования кишечника и мезентериальных сосудов (в В - режиме и энергетического допплера); компьютерную томографию органов брюшной полости; виртуальную колоноскопию. 166 детям выполнены оперативные вмешательства, в 42 случаях проводилось консервативное лечение.

Результаты и их обсуждение. Независимо от возраста детей течение ротационных нарушений зависело от степени сдавления или заворота (частичный, полный) как в отдельных частях тонкой кишки, так и на протяжении всей средней кишки, или от выраженности нарушения пассажа по толстой кишке при аномалиях ее фиксации. 123 (59,1%) больных были с мальротацией; 30 из них (24,4%) имели сопутствующие аномалии ЖКТ. У 85 (40,9%) больных диагностированы аномалии фиксации толстой кишки в различных вариантах. Сюда также отнесены 29 (34,1%) детей с болезнью Пайра, имеющей сходные клинико-рентгенологические признаки. Среди больных преобладали мальчики – 131 (63,0%); девочек было 77 (37,0%). У 125 (60,1%) больных мальротация протекала в виде острого, у 59 (28,4%) –хронического; у 24 (11,5%) – хронически рецидивирующего течения. Различные варианты мальротации и аномалии фиксации встречались с разной частотой среди детей различных возрастных групп. Синдром Ледда отмечался у 34 (16,3%); отсутствие ротации – у 3 (1,4%); обратная ротация – у 3 (1,4%); неполная ротация – у 12 (5,8%); мезоколикопариетальные грыжи – у 14 (6,7%); изолированный заворот тонкой кишки – у 22 (10,6%); заворот средней кишки – у 16 (7,7%); патологическая фиксация толстой кишки – у 19 (9,1%); отсутствие или недостаточная фиксация толстой кишки – 56 (27,0%); болезнь Пайра - у 29 (14,0%) детей.

Аномалии фиксации толстой кишки выявлены у 85 (40,9% больных) со специфическими клиническими проявлениями в зависимости от локализации, степени выраженности или отсутствия фиксации в отдельных участках толстой кишки или всей colon. Наиболее информативным методом диагностики является контрастная ирригография. У 14 (16,5%) больных наблюдали полное отсутствие фиксации всей толстой кишки в виде тотального птоза, у 71 (83,5%) – отсутствие или недостаточную фиксацию различных ее отделов в виде правостороннего птоза – провисание печеночного изгиба – у 12 (17,0%); левостороннего птоза – провисание селезеночного изгиба – у 3 (4,2%); трансверзоптоза – синдром Пайра – у 28 (39,4%); отсутствия фиксации caecum, осложненного острым аппендицитом, – у 1 (1,4%); инвагинации – у 14 (19,7%), ущемление грыжи – у 13 (18,3%) больных.

В большинстве случаев аномалии фиксации толстой кишки проявляются тяжелой симптоматикой с рецидивирующими болями в животе, признаками колостаза в отдельности или в сочетанном виде различной интенсивности и частоты. Клиническая симптоматика усугубляется сопутствующими заболеваниями и вторичными осложнениями со стороны ЖКТ. При аномалиях фиксации толстой кишки нередко наблюдаются удлинение и /или расширение отдельных участков или всей толстой кишки. Это обуславливает выраженность колостаза и связанных с ним клинических признаков.

Заключение. Нарушения ротации и аномалии фиксации кишечника представлены многочисленными анатомическими формами с различной частотой. Преобладают завороты средней и тонкой кишки (18,3%), синдром Ледда (16,3%). Мезоколикопариетальные грыжи и патологические фиксации встречались с одинаковой частотой и наблюдались у 14 (6,7%) и 19 (9,1%) больных. Отсутствие или недостаточная фиксация отдельных частей или всей толстой кишки встречаются чаще (40,9%), чем патологическая фиксация. Многообразные формы пороков ротации и фиксации кишечника преимущественно выявляются у новорожденных и проявляются острым течением. С возрастом уменьшаются частота и разнообразие ротаци-

онных нарушений с тенденцией увеличения аномалий фиксации толстой кишки, характеризующихся хронически-рецидивирующим течением и прогрессирующим колостазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мейланова Ф.В. Кишечная непроходимость при пороках ротации и фиксации кишечника у новорожденных: автореф. дисс…. канд. мед. наук. Санкт Петербург, 2000. 18с.

2. Журило И.П., Литотовка В.К., Латышов К.В. Рецидивирующий заворот на почве обратного вращения кишечника у ребенка 6 лет// Український Журнал Хірургії. 2010. №1. С. 149-152.

3. Groff D. Мальротация В кн.: Детская хирургия / под ред. К.У. Ашкрафта и Т.М. Холдера. СПб.: Пит – Тал, 1997. Т.1. С.357-365.

4. Giles G.R., M.B., F.R.C.S. Reversed intestinal rotation// Postgraduate medical journal. 1966. № 12. P.782-784.

5. Maciej Baglaj., Dariusz Patkowski., Jerzy Czernik., Tomasz Hilger. Clinical Spectrum of Malrotation in Children// Journal Polish Journal of Surgery. 2007. Vol. 79. P. 286-296.

6. Spitz L. Malrotation. Pediatric surgery (Ed.). L. Spitz, A.G. Coran. London, 1994. P. 341-347.

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хакимов Т.П., Солиева А.Т.

СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острые заболевания органов мошонки занимают первое место среди заболеваний наружных половых органов у мужчин. Пациенты с этой патологией составляют 4-8,1% всех госпитализированных в урологические стационары [1, 3, 4].

В структуре повреждений мочеполовой системы травмы органов мошонки занимают около 25%. Закрытые повреждения мошонки и яичка в мирное время встречаются чаще (до 80%), чем открытые (19,4%), у подростков и пациентов среднего возраста [2, 5]. Учитывая высокую распространенность травм органов мошонки среди мужчин репродуктивного возраста, оказание качественной медицинской помощи имеет важное медико-социальное значение.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений синдрома отечной мошонки (СОМ) у детей и подростков.

Материал и методы исследования. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 573 ребенка с острыми заболеваниями органов мошонки в возрасте от 1 дня до 18 лет. Из них 467 (81,5%) выполнено оперативное лечение. Основное значение для установления диагноза и определения соответствующей тактики лечения имело комплексное обследование больных, включающее клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. У больных проанализированы данные анамнеза для выяснения причин и возможных механизмов развития СОМ. При поступлении в хирургический стационар оценено состояние больных, динамика общих и местных изменений в ходе наблюдения, определены показания к оперативному вмешательству.

Прослеживается определенная закономерность распределения больных по возрасту и характеру патологии. СОМ чаще наблюдается у новорожденных, уменьшается среди детей от 1 до 28 дней (66-11,5%). От 1 мес. до 1 год – у 42 (7,3%); 1-3 лет – 54 (9,4%). Начиная с 4-6 лет (105–18,3%) вновь наблюдается рост заболеваемости. В 7-11 лет (124–21,7%) отличается максимум среди детей 12-18 лет (182–31,8%).

Во время операции оценивали характерные изменения различных клинических форм СОМ, прослеживали послеоперационное течение и ближайшие результаты лечения. Поступление детей с СОМ по годам больных было неравномерным. Острые поражения гидатид отмечены у 207 (36,1%) детей, перекрут яичка – у 175 (30,6%). Повреждения и воспалительные заболевания яичка встречались у 75 (13,1%) и у 116 (20,2%) больных соответственно. Оперативное вмешательство при

перекруте яичка выполнено 175 (100%) больным; при острых поражениях и перекруте гидатид – 207 (100%); при повреждениях мошонки и ее органов – 48 (64%); при орхоэпидидимите – 37 (31,9%).

Особый интерес представляет СОМ у 66 (11,5%) новорожденных с преобладанием кровоизлияния в мошонку – 7 (10,6%) и перекрутом яичка – 19 (28,8%). Поражения гидатид и орхоэпидидимит наблюдались у 5 (7,6%) и 15 (22,7%) больных. Оперативные вмешательства выполнены 35 (53%) новорожденным.

Заключение. К преимуществам активной хирургической тактики относится точность диагностики без применения дополнительных исследований (диафаноскопия, УЗИ). Ликвидация причины, вызвавшей синдром «отёчной мошонки» и отказ от длительной медикаментозной терапии при некрозах гидатид яичка и придатка, делают оперативную тактику обоснованной.

Оперативные вмешательства, предпринятые при СОМ, у детей должны быть максимально органосохраняющим с соответствующей ликвидацией патологического процесса.

Реабилитация детей, перенесших острые заболевания органов мошонки, требует организации диспансерного наблюдения педиатром, хирургом, детским андрологом, которое позднее должно продолжаться у взрослых андрологов, урологов и эндокринологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Синдром острой мошонки у новорожденных// Медицинские новости. 2007. № 2. С.21-25.

2. Болотов Ю.Н., Минаев С.В. Острые заболевания яичка у детей. Практическое руководство. М.: ИНФРА-М, 2014. 107с.

3. Воронюк Г.М., Бычков В.А., Кирпатовский И.Д. и др. Острые заболевания органов мошонки у детей и подростков: клиника, оперативное лечение, результаты катамнестического наблюдения // Педиатрия. 2008. №87 (1). С. 90–94.

4. Грона В.Н., Фоменко С.А., Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А. Острые заболевания органов мошонки у детей// Здоровье ребенка. 2007. №3 (6). С. 22-28.

5. Давидов М.И., Дябкина О.В. Острые заболевания органов мошонки нетравматического генеза у детей школьного возраста// Медицинский альманах. 2016. № 2. С.87-90.

Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга (БГ) является тяжелым пороком развития толстой кишки и занимает одно из ведущих мест в структуре патологии пищеварительного тракта у детей. В последние годы эта патология стала встречаться значительно чаще [1]. Частота БГ достоверно не известна, однако, примерно она составляет 1 на 5000 рождений [4, 5]. Вопросам ее диагностики и лечения посвящены работы ведущих детских хирургов [2].

Несмотря на многочисленные исследования по оперативной коррекции, наблюдается большое количество послеоперационных гнойно-септических осложнений (28-70%) без тенденции к снижению. В среднем у каждого четвертого оперированного ребенка в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах наблюдаются осложнения: несостоятельность анастомоза, перитониты, некроз низведенной культи кишки, нагноение околоректальной тазовой клетчатки, абсцесс межфутлярного пространства, сужение анастомоза, недержание кала и газов, каломазание, учащение стула и рецидивы запоров. Причинами неудовлетворительных исходов лечения являются: неправильный выбор срока операции, недостаточная предоперационная подготовка, неудачный выбор методов хирургического вмешательства, интра- и послеоперационного ведения, функциональной реабилитации и диспансерного наблюдения. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде остается еще высокой (9,1-77%), что в большинстве случаев приводит к неудовлетворительным функциональным результатам лечения (8-18 %), в 4,9-13 % случаев

возникает необходимость в повторных реконструктивных операциях [4].

Несмотря на современное развитие колопроктологии, проблема диагностики и лечения БГ у детей различного возраста до настоящего времени остаётся актуальной и не решённой в полной мере [3].

Цель исследования. Изучить особенности клиники, диагностики и анализ результатов радикальной коррекции болезни Гиршпрунга у детей до одного года.

Материал и методы исследования. За последние 10 лет в клинике кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ проведено оперативное лечение БГ у 87 детей в возрасте от 3 мес. до 14 лет. В возрасте до одного года было 22 (25,3%) больных, от 1 до 3 лет – 41 (47,1%), старше 3 лет – 24 больных (27,6%). В настоящей работе представлены результаты обследования и течения 22 детей до одного года с БГ. Мальчиков было 18 (81,8%), девочек – 4 (18,2%).

Всем больным проводилось комплексное клинико-рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследования толстой кишки. Резецированные участки кишечника подвергнуты морфологическому исследованию.

Результаты и их обсуждение. Были установлены следующие анатомические формы БГ: ректосигмоидальная – 14 (63,6%); ректальная – 6 (23,7%); субтотальная – 2 (9,1%). Запор – наиболее патогномоничный симптом болезни Гиршпрунга – наблюдался у 22 (100%) обследованных больных грудного возраста. У 17 (77,3%) больных отсутствие самостоятельного стула установлено с периода новорожденности, у 5 (22,7%) - после 6 мес. жизни. Вздутие живота обращало на себя внимания у 6 (27,3%) обследованных. Из других симптомов отмечены: отставание в физическом развитии - у 4 (18,2%) больных, анемия - у 7 (31,8%), рвота с клинической картиной ки-шечной непроходимости - у 4 (18,2%), кровотечения из нижних отделов толстой кишки - у одного больного (4,5%).

В клинике отдаем предпочтение ликвидации калового завала, обусловленного БГ, при помощи сифонных клизм, которые проводятся в течение 6-10 дней.

У одного ребенка в возрасте 3-х мес. была наложена разгрузочная колостома из-за разлитого калового перитонита возникшей перфорации толстой кишки в зоне аганглиоза при проведении газоотводной трубки.

Всем больным выполнено радикальное хирургическое вмешательство. Выбор метода оперативного лечения зависит от тяжести состояния ребенка, анатомической формы болезни и степени компенсации. Одноэтапно (метод Соаве-Болея) было прооперировано 9 (41%) детей, двухэтапный метод (метод Соаве-Лёнюшкина) был применен у 12 (54,5%) и у одного больного (4,5%) применен метод Свенсона, без летальных исходов. При неосложненных формах болезни нужно отдавать предпочтение одноэтапному хирургическому вмешательству по методу Соаве-Болея.

Технические сложности при демукозации кишечника, сопровождавшиеся повреждением целостности слизистой кишечника, возникли в 4 (18,2%) случаях. Тщательная дооперационная подготовка кишечника и меры по профилактике интраоперационного диссеминирования инфекционного процесса позволили нам предупредить в обеих группах оперированных детей развития грозного осложнения – абсцесс межфутлярного пространства.

Заключение. Анализ клинического материала с оценкой ближайших и отдаленных результатов лечения свидетельствует о возможности и преимуществах ранней радикальной коррекции БГ с использованием первичной радикальной коррекции у детей до одного года. При этом показания к наложению колостомы также снизятся до минимума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.К., Холдер Т.М. Детская хирургия. СПб., 1997. Т.2. С. 66-76.

2. Ибодов Х.И. и др. Оптимизация лечения болезни Гиршпрунга у детей // Тезисы докладов II съезда детских хирургов Таджикистана с международным участием. Душанбе, 2008. С.245.

3. Котин А.Н. и др. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга у новорожденных // Хирургия. 1993. №8. С. 44-49.

4. Лёнюшкин А.И. Болезнь Гиршпрунга: традиции и новые тенденции (30-летний клинический опыт) // Детская хирургия. 1997. №1. С.31-37.

5. Степанов Э.А. и др. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных // Хирургия. 1995. №8. С.18-21.

Якубов С.Я., Ахмедджанов С.А., Дехконов М.К., Сангинов М.Т., Хомидов Н.Н.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Областной детский хирургический центр, г. Худжанд
ГКБ №1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Актуальность. Инородные тела дыхательных путей довольно часто являются причиной острой дыхательной недостаточности у детей. Они легко перемещаются в трахеобронхиальном дереве и вызывают приступообразный коклюшеподобный кашель. Нарушения дыхания периодически усиливаются вследствие баллотирования инородного тела в момент соприкосновения его с нижней поверхностью истинных голосовых связок. Иногда приступ кашля выражен резко, сопровождается явлениями удушья, цианозом лица и рвотой.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения больных с инородными телами дыхательных путей.

Материал и методы исследования. В областном детском хирургическом центре города Худжанда за 5 лет (2013 – 2017 гг.) находилось на лечении 86 детей с инородными телами дыхательной путей. До 5 лет было 74 (86%) и старше 6 лет - 12 (14%) детей, мальчиков - 53, девочек - 33, городских - 14, сельских - 72. В первые трое суток от начала заболевания обратились 46, в сроки 4-7 суток - 24, позже 7 суток - 16 детей.

Частота различных симптомов, по нашим наблюдениям, оказалась следующей: острый приступ кашля в момент аспирации установлен у 68 (79%) детей, в том числе мучительный, сопровождающийся рвотой, - у 13 (15,1%), явления удушья и цианоза отмечены у 30 (34,8%) детей. У 18 (20,9%) момент аспирации инородного тела прошел незаметным. Эти больные в течение 3-6 месяцев безуспешно лечились в соматическом отделении по поводу пневмонии.

При объективном осмотре у детей отмечалось инспираторная отдышка, приступы кашля, сопровождающиеся цианозом.

Рентгенография легких произведена 85 (98,8%) больным. У 7 (8,1%) детей выявлены рентгеноконтрастные инородные тела, ателектаз легких - у 32 (37,2%), эмфизема легкого - у 29 (33,7%), лобит - у 1 (1,1%) больного и у 17 (19,8%) - очаговая пневмония.

Результаты и их обсуждение. Всем больным с ИТДП бронхоскопия проводилась под общим многокомпонентным обезболиванием на фоне ИВЛ. У 2-х (2,3%) пациентов инородное тело удалено из трахеи, у 28 (32,5%) - из левого бронха и у 2 (2,3%) - из обеих бронхов.

Из-за выраженного диффузного эндобронхита 3-м больным поиск инородного тела отложен на 3-5 дней. По характеру происхождения инородного тела: органические - 71 (82,5%), неорганические - 15 (17,4%). По степени воспалительного процесса катаральный эндобронхит выявлен у 56 (65,1%), гнойный - у 17 (19,7%) и гнойно-фибринозный - у 13 (15,1%) больных, всем произведена санация трахеобронхиального дерева.

После удаления инородных тел больные получали десенсибилизирующую, гормональную, иммунностимулирующую, витаминотерапию, в первые дни - антибиотики широкого спектра действия, с 4-5 дня - индивидуально подобранный антибиотик с учётом чувствительности высеянной микрофлоры.

Больных с катаральным эндобронхитом на 2-е сутки переводили в детское соматическое отделение. При гнойно-фибринозном эндобронхите 18 (20,9%) больным проведена регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия (РЛАТ) по методике, разработанный кафедрой детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, в течение 7-10 дней.

Осложнение отмечалось в 1 (1,1%) случае: при попытке удаления фиксированного инородного тела из бронха произошло повреждение стенки бронха с развитием пневмоторакса и медиастенальной эмфиземы. В экстренном порядке произведена торакотомия, удаление инородного тела из бронха, ушивание раны, супраюгулярная медиостенотомия, дренирование переднего средостения и плевральной полости. Исходом было выздоровление.

Умер 1 больной, поступивший в состоянии клинической смерти. После проведения реанимационных мероприятий восстановилась сердечная деятельность, удалено инородное тело из трахеи. Умер на 7-е сутки от полиорганной недостаточности.

В результате изучения отдаленных результатов от 4-х месяцев до 3 лет у 62 (72%) детей морфологических изменений в легких и бронхах не обнаружено.

Заключение. Бронхоскопия при ИТДП является тяжелой манипуляцией по степени риску,

поэтому её должны проводить специалисты, имеющие опыт по проведению бронхоскопии. Удаление инородного тела должно осуществляться в условиях операционной, полностью подготовленной к экстренной торакотомии, необходимость в которой может возникнуть.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахматнурова Н.В. Необычные инородные тела больших размеров нижних дыхательных путей и мягких тканей шеи // Вестник оториноларингологии. 2009. № 2. С. 60–61.

2. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М.: Медицина, 2005. Т. 1. 660 с.

3. Львова Е.А. Особенности клиники, диагностики и лечения детей с инородными телами дыхательных путей: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.

4. Мустафаев Д.М., Ашуров З.М., Ахмедов И.Н. Крупное инородное тело дыхательных путей у взрослого // Вестник оториноларингологии. 2007. № 3. С. 66–67.

5. Мустафаев Д.М., Зенгер В.Г., Исаев В.М. и др. Необычное инородное тело дыхательных путей у ребенка // Российская оториноларингология. 2008. № 2 (33). С. 117–120.

Якубов С.Я., Ахмеджанов С.А., Дехканов М.К., Сангинов М.Т., Нуров Ф.Н.

УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Областной детский хирургический центр, г. Худжанд
ГКБ №1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Актуальность. В связи с анатомо-физиологическими особенностями детского возраста острые хирургические заболевания органов брюшной полости протекают значительно тяжелее, чем у взрослых, особенно у детей младшей возрастной группы, что обусловлено разнообразием клинических проявлений и наличием абдоминальных синдромов. Поэтому вопросы ранней диагностики имеют первостепенное значение.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения дивертикула Меккеля.

Материал и методы исследования. За 5 лет (2013-2017 гг.) в областном детском хирургическом центре (ОДХЦ) г. Худжанда с острой хирургической патологией органов брюшной полости прооперировано 1949 детей, из них в 28 (1,4%) случаях выявлен дивертикул Меккеля. Только в 4-х случаях дивертикула Меккеля, осложнённого кишечным кровотечением, до операции был установлен правильный диагноз. Остальные 24 (1,2%) пациента оперированы с диагнозами: острый аппендицит - 6 (21,4%), острый аппендицит с перитонитом - 3 (10,7%), непроходимость кишечника - 7 (25%), инвагинация кишечника – 8 (28,5%).

При неосложнённом дивертикуле, случайно обнаруженном у детей, оперированных по поводу острого аппендицита, у 3-х больных при тщательном опросе выяснилось, что в анамнезе у них периодически отмечались схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой. Появление схваткообразных болей в животе на фоне полного внешнего благополучия, возможно, объясняется наступающим спазмом или перегибом дивертикула в результате застоя в его просвете содержимого.

Поэтому при диагностике острых заболеваний органов брюшной полости указание в анамнезе на наличие периодических схваткообразных болей в животе может навести на мысль о возможности наличия у больного дивертикула Меккеля.

У 3–х больных отмечался деструктивный аппендицит и дивертикулит. Это, возможно, связано с близостью расположения дивертикула Меккеля и распространения воспалительного процесса по висцеральной брюшине.

Среди оперированных у 2-х больных был флегмонозный, у 1-го - гангренозный и у 3-х гангренозно-перфоративный дивертикул с разлитым перитонитом.

Среди 15 больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости, инвагинация кишечника развилась у 8 больных, из них у 4 с некрозом кишечника, непроходимость на почве

эмбрионального тяжа, фиксирующего вершину дивертикула к брыжейке тонкой кишки, - у 2, к передней брюшной стенки – у 7, из них с некрозом кишечника - 5 больных.

Возрастной состав больных был: до 3-х лет – 18 детей, 3-6 лет - 6, 7-10 лет - 2, старше 10 лет - 2. Мальчиков было 17, девочек - 11, городских жителей - 5, сельских - 23.

Сроки доставки больных от начала заболевания: до 12 часов - 7, до 24 часов - 14, до 3-х суток - 3, позже 3-х суток - 4 больных.

Клиническая картина заболевания отмечалась большим разнообразием: единственным постоянным признаком во всех случаях являлась боль, которая у 7 (25%) детей локализовалась в правой половине живота, у 6 (21,4%) - по всему животу, у 7 (25%) - в различных участках живота, у 8 (28,5%) больных отмечались схваткообразные боли, у 6 (21,4%)- пальпировался головкаинвагинат, а у 4 (14,2%) пациентов отмечалось кишечное кровотечение.

Результаты и их обсуждение. В первые 6 часов с момента поступления прооперировано 20 (71,4%) больных доступом широкой поперечной лапаротомии с пересечением прямых мышц живота, 8 - в сроки от 7 до 12 часов. Этим больным произведено почасовое наблюдение с определением лейкоцитоза крови, температурного профиля, частоты дыхания, частоты пульса, анализа мочи, обзорная рентгенография органов брюшной полости и УЗИ, которые указывали на косвенные признаки острого аппендицита, а в связи с нарастанием болей в животе, появлением симптомов Щеткина-Блюмберга, Воскресенского исключить диагноз острого аппендицита стало невозможным. Была произведена лапаротомия аппендикулярным доступом.

Меккеев дивертикул располагался на расстоянии 20-70 см от илеоцекального угла. Форма дивертикула у 18 больных конусовидная, у 8 - цилиндрическая и у 2 - колбообразная.

Клиновидная резекция дивертикула Меккеля произведена 6 больным, пристеночная - 11, по типу аппендэктомии - 2, резекция кишечника вместе с дивертикулом с наложением анастомоз конец в конец – 5, илеотрансверзоанастомоз по Витебскому - 1, илеостома - 3 больным. С целью декомпрессии кишечника 5 больным произведена интубация кишечника через аппендикоцекостому и 3 - через устье стомы.

При гистологическом исследовании ДМ у 17 (60.7%) больных обнаружены атипичные железистые клетки в слизистой оболочке без признаков озлокачествования, а у 26 - воспаление различной степени

Летальных исходов не было.

Заключение. При обращении больного с болями в животе требуется тщательно собрать анамнез, при выполнении операции аппендэктомии необходимо производить осмотр тонкого кишечника на наличие ДМ, а при выявлении последнего произвести удаление.

В особенно запущенных случаях, при дивертикулитах с явлениями непроходимости, некрозам кишечника и разлитого гнойного перитонита, наиболее целесообразной тактикой является разделение хирургического этапа на две ступени: первая - резекция некротизированной петли кишечника вместе с дивертикулом и выведение кишечника на переднюю брюшную стенку с образованием кишечного свища; вторая - восстановление проходимости кишечной трубки в плановом порядке через 1,5-2 месяца.